

کد سند:	تاریخ آخرین ابلاغ:	تاریخ بازنگری:
تاریخ بازنگری بعدی:	شماره بازنگری:	تعداد صفحات: ۱
عنوان سند: فرم قرارداد بیمارستان با بیمار بین الملل		

این قرارداد در راستای ارائه خدمات پیشگیری، تشخیصی، درمانی و بازتوانی با بیماران خارجی فی مابین بیمار با مشخصات:
نام خانوادگی: تاریخ تولد: جنس: وضعیت تاهل: کشور:
شماره پاسپورت: شماره تماس: تاریخ پذیرش: و بیمارستان
..... منعقد می گردد.

موضوع قرارداد:

ارائه خدمات تشخیصی/درمانی/بازتوانی به مددجویان غیر ایرانی در قالب پکیج پیوست.
نام پزشک معالج:
تشخیص:
هزینه تقریبی بسته درمانی (به همراه اقدامات تشخیصی + بستری): از (ریال)
نام بخش بستری: شماره اتاق: شماره تخت:
اینجانب این قرارداد را مطالعه نموده ام و از هزینه کل پروسیجر درمانی در بیمارستان اطلاع کامل دارم و موافقت خود را اعلام میدارم. همچنین در صورتیکه مواردی خارج از بسته خدمتی ذکر شده نیاز به انجام باشد هزینه آن را به طور جداگانه پرداخت خواهم کرد.

نام و امضا همراه بیمار

نام و امضا بیمار

امضا واحد حسابداری

نام و امضا کارشناس IPD

تبصره:

*** در صورت کنسلی بیمار به هر دلیل، برگشت وجه ممکن است تا ۷۲ ساعت طول بکشد و برگشت پول به شماره کارت معتبر /حساب بیمار و یا نماینده قانونی بیمار خواهد بود.