

فرم ارسال لیست بیماران مبتلا به کرونا به هلال احمر جهت حمایت اقتصادی (فرم عادی)

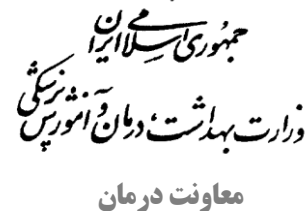
دانشگاه علوم پزشکی تعداد مراکز درمانی ریفرال تاریخ

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی ^۱	شماره تماس	شماره کارت بانکی

نام و نام خانوادگی (مدیر درمان یا مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه)

محل امضاء

^۱ - ارسال تصویر کارت ملی یا دفترچه بیمه برای هلال احمر الزامی میباشد.



فرم ارسال لیست بیماران مبتلا به کرونا به هلال احمر جهت حمایت اقتصادی (فرم اتباع)

..... دانشگاه علوم پزشکی تعداد مراکز درمانی ریفرال تاریخ

[illegible]

نام و نام خانوادگی (مدیر درمان یا مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه)

محمل امضاء

فرم ارسال لیست بیماران مبتلا به کرونا به هلال احمر جهت حمایت اقتصادی (فرم بیماران فوت شده)

دانشگاه علوم پزشکی تعداد مراکز درمانی ریفرال تاریخ

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره ملی / پاسپورت ^۳	تاریخ فوت	نام و نام خانوادگی همسر یا فرزند ارشد	شماره تماس	شماره کارت بانکی

نام و نام خانوادگی (مدیر درمان یا مسئول مددکاری اجتماعی دانشگاه)

محل امضاء

^۳ - ارسال تصویر کارت ملی یا پاسپورت یا دفترچه بیمه برای هلال احمر الزامی می باشد.