



بیمه پاسارگاد

تاریخ ارسال مدارک:				نام شرکت:		
		کد ملی			نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	
تعداد برگ	مبلغ هزینه (ریال)	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	کد ملی بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
		محل امضاء نماینده			شماره تماس نماینده شرکت	



بیمه پاسارگاد

تاریخ ارسال مدارک:				نام شرکت:		
		کد ملی			نام و نام خانوادگی بیمه شده اصلی	
تعداد برگ	مبلغ هزینه (ریال)	عنوان هزینه	تاریخ هزینه	کد ملی بیمار	نام و نام خانوادگی بیمار	ردیف
						۱
						۲
						۳
						۴
						۵
						۶
						۷
		محل امضاء نماینده			شماره تماس نماینده شرکت	