



برگ استفاده از خدمات دندانپزشکی

ویژه استفاده از خدمات مراکز طرف قرارداد (درخواست معرفی نامه)

بیمه پاسارگاد

اطلاعات هویتی :

مشخصات بیمار:

نام: نام خانوادگی: نسبت با بیمه شده اصلی:

کد ملی: تلفن همراه: تلفن ثابت:

مشخصات بیمه شده اصلی :

نام: نام خانوادگی: تلفن همراه:

نام شرکت محل خدمت :

نام مرکز/ دندان پزشک معالج طرف قرارداد انتخابی جهت دریافت خدمات :

توجه :

- در صورت ارائه شماره همراه در بخش مشخصات هویتی تا ۲۴ ساعت پس از ارسال فکس ،
تأییدیه جهت مراجعه به مرکز به شماره همراه شما پیامک و همزمان معرفی نامه به مرکز یا
دندان پزشک معالج ارسال خواهد شد.

- در صورت عدم ارائه شماره تلفن همراه در این فرم ، می توانید از طریق شماره تلفن
۰۲۱-۸۸۶۹۸۸۲۹-۰۲۱ تأییدیه مذکور را پیگیری نمایید و در هر صورت نیازی به مراجعه
حضوری جهت دریافت معرفی نامه نمی باشد.

این قسمت توسط مسئول بیمه ای شرکت بیمه گذار ، تکمیل می گردد.

اطلاعات هویتی بیمه شده و بیمار فوق الذکر در تاریخ تایید و به شرکت ارتقاء سلامت
پاسارگاد به شماره فکس ۰۲۱-۸۸۶۹۸۸۲۹ ارسال گردید.

نام و نام خانوادگی مسئول بیمه ای :

مهر بیمه گذار :