

نام نماینده فروش

تاریخ:

قرارداد رسمی

ثبت نام درمان کارت

پاسارگاد

شماره ثبت ۶۹۱ ایرانیان

نام نماینده فروش

تاریخ:

قرارداد رسمی

ثبت نام درمان کارت

پاسارگاد

شماره ثبت ۶۹۱ ایرانیان

شماره

مشخصات فردی

نام:

نام خانوادگی:

نام پدر:

کدملی:

تاریخ تولد:

شغل:

وضعیت تأهل:

تعداد فرزند:

وضعیت تأهل:

تعداد فرزند:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

تلفن ثابت:

آدرس:

آدرس:

توضیحات

مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت ملزم به ارائه تخفیف مصوب به دارندگان درمان کارت می باشد. لیست مراکز قرارداد با شرکت در سایت و اپلیکشن شرکت ارائه شده است. درمان کارت بنام شخص صادر شده و غیرقابل انتقال به دیگری است. اعتبار درمان کارت یک سال و مبلغ آن ۱۲۵۰۰۰ تومان می باشد.

توضیحات

مراکز درمانی طرف قرارداد با شرکت ملزم به ارائه تخفیف مصوب به دارندگان درمان کارت می باشد. لیست مراکز قرارداد با شرکت در سایت و اپلیکشن شرکت ارائه شده است. درمان کارت بنام شخص صادر شده و غیرقابل انتقال به دیگری است. اعتبار درمان کارت یک سال و مبلغ آن ۱۲۵۰۰۰ تومان می باشد.

مهر و امضاء

با آگاهی کامل اقدام به خرید نموده ام

نماینده فروش

اثر انگشت و امضاء

مهر و امضاء

با آگاهی کامل اقدام به خرید نموده ام

نماینده فروش

اثر انگشت و امضاء