

هو الشافی

تاریخ:

فرم درخواست مساعدت مالی

اینجانب خانم / آقا
(فرزند
آدرس منزل:
به شماره شناسنامه
(نسبت با بیمار:
و کد ملی
شماره تماس منزل:
شماره تلفن همراه
بیمار:

از معاونت غذا و دارو جهت تهیه داروهای خود درخواست مساعدت دارم.
در خاتمه ضمن اعلام پذیرش کامل تصمیم اتخاذ شده توسط مجموعه
کارشناسی آن معاونت جهت تعیین مبلغ مساعدت به استحضار می رساند
اصالت و صحت قانونی مدارک تحویل داده شده را تایید می نمایم.

امضا