

نام فرم: فرم تعیین مبالغ و ضریب خدمات

نام بیمارستان :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده :

تاریخ تکمیل اطاعات :

سمت تکمیل کننده :

شماره فرم :

توضیحات	قیمت مورد قبول بیمه	k آزاد	k دولتی	نوع k	توضیحات	قیمت مورد قبول بیمه	k آزاد	k دولتی	نوع k
				فیزیوتراپی					بیهوشی
				فتوتراپی					جراحی
				اکوکاردیوگرافی					آندوسکوپی
				الکتروکاردیوگرافی					گچ گیری
				بیهوشی گلوبال					پزشکی مشاوره
				جراحی گلوبال					اعمال طبی

لیست مبالغ ویزیت پزشکان بخش بستری:

ردیف	تخصص	ویزیت نوزاد	ویزیت روز اول	ویزیت روز آخر	ویزیت مابقی روز	ویزیت روز اول خصوصی	ویزیت روز آخر خصوصی	ویزیت مابقی روز خصوصی
۱	متخصص	<input type="checkbox"/>						
۲	پزشک عمومی	<input type="checkbox"/>						
۳	رزیدنت	<input type="checkbox"/>						
۴	انترن	<input type="checkbox"/>						
۵	روانپزشک	<input type="checkbox"/>						
۶	مدعو	<input type="checkbox"/>						
۷	دندان پزشک	<input type="checkbox"/>						
۸	فوق تخصص	<input type="checkbox"/>						

مهر و امضاء مدیریت بیمارستان

مهر و امضاء مسئول حسابداری بیمارستان