

R,

پذیرش محترم بیمارستان نیکان غرب:

نام بیمار:
تاریخ:
بیمار خانم / آقای با کد ملی جهت عمل در
سرویس خانم / آقا دکتر (به صورت آزاد / یا بیمه تکمیلی)
بستری گردد.

مهر پزشک