الگوی درخواست مفاصا حساب

رئیس محترم تأمین اجتماعی شهرستان ساوجبلاغ　　شماره :

با سلام ؛　　تاریخ :

احتراماً نظر به قرارداد / متمم قرارداد ، سال　　به شماره　　مورخ　/　/　　با شرکت تجهیزات پزشکی هلال ایران با کد کارگاهی ۰۳۵۳۹۱۰۰۰۰۷ و شناسه ملی ۱۰۱۰۰۱۳۸۱۸۷ در خصوص تعمیر و سرویس دوره‌ای دستگاههای دیالیز فرزینیوس این مرکز از تاریخ　/　/　　لغایت　/　/　　(طی تصویر پیوست) ، خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به محاسبه حق بیمه و صدور مفاصا حساب نهایی برابر مبلغ　　ریال به عنوان کل مبلغ پیمان اقدام لازم صورت پذیرد.

ضمناً کلیه عملیات سرویس و تعمیر توسط آقای / آقایان :　　از پرسنل ثابت شرکت تجهیزات پزشکی ایران انجام شده است و فاقد هزینه نصب و حمل و نقل می باشد.

شناسه ملی مرکز درمانی :

کد کارگاهی مرکز درمانی :