مرکز / شبکه : معاونت امور بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی

شهید بهشتی

کد فرم : ۰۴-۰۱-۱۰۳

نام واحد : فرم آمار درآمد خدمات بهداشت دهان ودندان

تاریخ تکمیل : / /

دوره تکمیل فرم : ماهیانه

ماه : ☐

نوع واحد : مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐

تاریخ	تعداد بیمه	تعداد آزاد	مبلغ بیمه دریافتی(ریال)	سهم سازمان (ریال)	مبلغ آزاد دریافتی (ریال)	تعداد رایگان	جمع کل (ریال)
جمع							

نام تکمیل کننده : امضاء: امضاء سرپرست مرکز: