



XOŞ GƏLMİŞSİNİZ !

Bizim stomatoloji xidmət komandamızı seçdiyinizə görə təşəkkürlər! Biz sizi mümkün ola biləcək ən yaxşı stomatoloji xidmətlərlə təmin etməyə çalışacağıq. Sizin bütün stomatoloji tələblərinizi yerinə yetirə bilmək üçün, aşağıdakı formanı doldurmağınız xahiş olunur. Hər hansı sualınız olsa və ya köməyə ehtiyac duyarsanız bizə müraciət edin – böyük məmnuniyyətlə sizə kömək edəcəyik.

Xəstə haqqında məlumat (məxfi):

Adı _____ Təvəllüdü _____ Xəstə No. _____
Ünvan _____ Şəhər _____ Bugünkü tarix: _____
E-poçt _____ Mobil No.: _____ Cinsi: Q K
Zəngləri hansı nömrədə qəbul etmək istərdiniz?: Ev İş Mobil Ev tel.: _____
İş tel.: _____
Müvafiq xananı seçin: Azyaşlı Subay Evli Boşanmış Dul
Tələbə olduqda, Məktəbin/Kollecın adı _____ Şəhər _____ Vilayət _____ Əyani Qiyabi
Xəstənin və ya Valideynin/ Qəyyumunun iş yeri _____ İş tel.: _____
Xidməti ünvan: _____ Şəhər _____
Ər/arvadın və ya valideynin/qəyyumun adı: _____ İşəgötürən _____ İş tel.: _____
Sizi göndərən şəxsə təşəkkür etmək istəyirik: _____
Zəruri hallarda əlaqə saxlaya biləcəyimiz şəxs: _____ Mobil tel.: _____

Məsul Tərəf

Hesab üzrə məsul şəxs: _____ Xəstə ilə əlaqəsi _____

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az



Ünvanı: _____ Ev tel.: _____

E-poçt: _____ Mobil tel.: _____

Təvəllüdü: _____ Maliyə müəssisəsi: _____

İşəgötürən _____ İş tel.: _____

Bu şəxs hal-hazırda klinikamızın pasiyentdirmi? Bəli Xeyr

Sizin rahatlığınız üçün, aşağıdakı ödəmə metodlarını təklif edirik. Seçdiyiniz formanı yoxlayın. Ödəniş iş yekunlaşdıqda, tam şəkildə həyata keçirilməlidir.

Nağd Kredit kartı Master card VİZA Klinikanın ödəmə siyasətini müzakirə etmək istərdim

Sığorta haqqında məlumat

Sığorta olunmuş şəxsin adı: _____ Xəstə ilə əlaqəsi _____

Təvəllüdü: _____ İşə qəbul olunduğu tarix _____

İşəgötürənin adı: _____ İş tel.: _____

İşəgötürənin ünvanı: _____ Şəhər _____

Sığorta şirkəti: _____ Qrup No.: _____ Sığorta/Polisi EN: _____

Ünvanı: _____ Şəhər _____

Nə qədər istifadə etmisiniz? _____ Maks. illik məbləğ _____

Başqa sığortanız varmı? Bəli Xeyr **Varsa, aşağıdakı formanı doldurun:**

Sığorta olunmuş şəxsin adı: _____ Xəstə ilə əlaqəsi _____

Təvəllüdü: _____ İşə qəbul olunduğu tarix _____

İşəgötürənin adı: _____ İş tel.: _____

İşəgötürənin ünvanı: _____ Şəhər _____

Sığorta şirkəti: _____ Qrup No.: _____ Sığorta/Polisi EN: _____

Ünvanı: _____ Şəhər _____

Nə qədər istifadə etmisiniz? _____ Maks. illik məbləğ _____

Ünvan: Adil İsgəndərov küçəsi 4, AZ1000, Bakı, Azərbaycan

Telefon: +99412 492-08-44 / Mobil: +99450 378-97-20

Email: info@drsmiles.az / Web: www.drsmiles.az