

فرم ثبت اطلاعات گردشگران سلامت ورودی توسط شرکتهای گردشگری سلامت

نام و نام خانوادگی	ملیت	شماره گذرنامه	تعداد نفرات همراه	شرکت خدمات مسافرتی وارد کننده گردشگر	کد اختصاصی تور	محل اقامت	مدت اقامت (تعداد شب)	تشخیص اولیه	پزشک معالج	نام مرکز درمانی	تاریخ بستری	تاریخ ترخیص	معالجه سرپایی (تاریخ)	شماره پرونده بستری

نام و نام خانوادگی مدیرعامل

امضاء

مهر شرکت