



شماره:

(بنام او که هستی از اوست)
موسسه خیریه حمایت از کودکان با
ناهنجاریهای مادرزادی
(محکم)

تاریخ:

پیوست:

به: موسسه حمایت از کودکان با ناهنجاری های مادرزادی (محکم)

سلام علیکم

با آرزوی موفقیت روزافزون بدینوسیله بیمار.....

با تشخیص.....

در بیمارستان بستری می باشد جهت

هرگونه همکاری و تشکیل پرونده معرفی می شود.

نماینده موسسه محکم

مسئول مددکاری بیمارستان

آدرس: خیابان شهید مطهری، خیابان سهروردی شمالی، بن بست بیسه، پلاک ۱۰، واحد ۳

فکس: ۸۸۴۱۰۳۴۳

تلفن: ۸۸۴۳۴۳۶۳ - ۸۸۴۱۵۳۳۴

فرم شماره ۸