



تاریخ: / / ۱۳
شماره رسید:

بسمه تعالی
رسید نایید کارت بهداشت
مرکز بهداشت اراک
انجمن صنفی دفاتر پیشخوان استان مرکزی



مهر و امضاء پیشخوان:	شماره همراه		کد ملی		نام
	آدرس محل کار	۱۳ / /	تاریخ تولد		نام خانوادگی
امضاء متقاضی:	مدت ماه	۱۳ / /	تاریخ پایان اعتبار	۱۳ / /	تاریخ صدور
	شغل:	تعهد متقاضی: این گواهی تا زمان ارسال اصل کارت الکترونیک و حداکثر یک ماه اعتبار دارای اعتبار است			



تاریخ: / / ۱۳
شماره رسید:

بسمه تعالی
رسید نایید کارت بهداشت
مرکز بهداشت اراک
انجمن صنفی دفاتر پیشخوان استان مرکزی



مهر و امضاء پیشخوان:	شماره همراه		کد ملی		نام
	آدرس محل کار	۱۳ / /	تاریخ تولد		نام خانوادگی
امضاء متقاضی:	مدت ماه	۱۳ / /	تاریخ پایان اعتبار	۱۳ / /	تاریخ صدور
	شغل:	تعهد متقاضی: این گواهی تا زمان ارسال اصل کارت الکترونیک و حداکثر یک ماه اعتبار دارای اعتبار است			