

مدیر عامل محترم شرکت تعاونی بنیان سلامت پاسارگاد

اینجانب : دکتر..... فرزند : تاریخ تولد : کدملی : صادره از :

به آدرس : کد پستی : تلفن همراه :

تلفن مطب : شماره پروانه مطب : تاریخ صدور: تاریخ اعتبار

آماده همکاری با آن شرکت تعاونی می باشم. خواهشمند است اقدامات لازم را جهت شروع همکاری بعمل آورید.

باتشکر

.....دکتر.....

مهر و امضاء