

## لطفا به کلیه سئوالات پاسخ کامل دهید

خیر  بله  شرح دهید:

● آیا هیچ یک از متقاضیان قبلا عضو کمک رسان بوده اند؟

خیر  بله  شرح دهید:

● آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت تاکنون در بیمارستان بستری شده اند؟

نام	بیمارستان	نام بیماری	تاریخ بستری	وضعیت فعلی

● آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت در ۵ سال گذشته به پزشک متخصص مراجعه کرده اند؟ خیر  بله  شرح دهید:

نام	نام و تخصص پزشک	نام بیماری، علت مراجعه	تاریخ مراجعه	وضعیت فعلی

● آیا هیچ یک از متقاضیان عضویت به هیچ نوع بیماری از قبیل قلب و شرایین، فشارخون، قند، کلیه و مجاری ادرار، زنان، استخوان، دستگاه گوارش، دستگاه تنفسی و گوش و حلق و بینی، بیماری های غدد، بیماری های عفونی، پیوند اعضا، فتق، نقص عضو، بیماری های مادر زادی، سرطان و سایر بیماری ها مبتلا بوده یا می باشند؟

خیر  بله  شرح دهید:

نام	بیماری	مدت ابتلا به بیماری	درمان انجام شده	وضعیت فعلی

اینجانب متقاضی عضویت برای خود و نامبردگان یادشده در این درخواست می باشم و با مطالعه قرارداد عضویت کمک رسان، ملحق به این درخواست، از مزایا، شرایط و محدودیت های عضویت اطلاع کامل دارم. گواهی می نمایم که در پاسخ به کلیه سئوالات، اظهاراتم مبتنی بر حقیقت کامل می باشد و آگاه هستم اظهارات خلاف واقع، کاذب یا کتمان حقایق درمورد کلیه سئوالات موجب سلب مسئولیت کمک رسان در عرضه خدمات موضوع قرارداد عضویت خواهد شد. بدینوسیله به منظور بررسی سابقه پزشکی به کمک رسان اجازه داده می شود هرگونه اطلاعات لازم را از پزشک معالج اینجانب و سایر متقاضیان نامبرده در این درخواست به صورت محرمانه دریافت نماید. امضاء این قرارداد در حکم قبول قرارداد عضویت کمک رسان از طرف اینجانب و سایر متقاضیان یاد شده در این درخواست می باشد. همچنین موافقت می نمایم در صورت تشخیص کمک رسان خود و نامبردگان بالا به هزینه خود نزد پزشک معتمد کمک رسان معاینه پزشکی شوم.

بعلاوه بدین وسیله به کمک رسان اختیار و وکالت می دهم تا نسبت به تعیین و عقد قرارداد مشاوره حقوقی با یک یا چند وکیل دادگستری اقدام نماید تا در صورت لزوم از خدمات حقوقی و مشاوره حقوقی ایشان بهره مند گردم.

پزشک خانواده:

نام:

تخصص:

شماره تلفن:

مخصوص نماینده:

تاریخ:

امضاء: