

مشتری محترم

با سلام و احترام . خواهشمند است این فرم را تکمیل و به شرکت دانش پردازش و فناوری سلامت قشم ارسال فرمائید . همکاران ما در اسرع وقت ، پس از ثبت اطلاعات آن مشتری محترم در "بانک اطلاعات مشتریان شرکت دانش پردازش و فناوری سلامت قشم " برای اجرای سیستم با شما تماس خواهند گرفت .

با تشکر - شرکت دانش پردازش و فناوری سلامت قشم

شناسنامه مشتری

نام و عنوان رسمی مرکز (مشتری - کاربر) :

کد سیام در نظام درمان :

کد اقتصادی مرکز :

نام و فامیل رئیس / مسئول مرکز (مشتری /سفارش دهنده) :

نام و فامیل مدیر / مسئول مرکز (مشتری /سفارش دهنده) :

نام و فامیل مسئول سیستم مکانیزه (سوپروایزر سیستم) :

نام و فامیل مسئول امور مالی مرکز برای پرداخت وجوه صورتحساب / قرارداد :

آدرس :

کد پستی :

تلفن :

فاکس :

کد شهرستان :

تلفن همراه (نماینده مشتری و رابط با شرکت) :

پست الکترونیکی :

اطلاعات دیگر :

موضوع سفارش بطور خلاصه :

نرم افزار - خدمات نرم افزاری موضوع پیش فاکتور/فاکتور/قرارداد شماره ---- مورخ ----- شرکت دانش پردازش و فناوری سلامت قشم

و/یا

نام و امضای تکمیل کننده فرم /سفارش دهنده :

تاریخ :