

JORDAN EYE BANK

Jordan University Hospital



بنك العيون الأردني

مستشفى الجامعة الأردنية

Ref.: الرقم:

Date: التاريخ:

نموذج (٣)

موافقة على الإلتزام بتعليمات بنك العيون الأردني

لقد قمت بقراءة التعليمات الصادرة عن بنك العيون الأردني المؤرخة
٢٠١١/٧/٢٠، والإلتزام بما ورد فيها، وبتعبئة أي نماذج تتعلق بمتابعة
المرضى بعد إجراء العملية.

اسم الطبيب: _____ التوقيع: _____

العنوان: _____

رقم الفاكس: _____

رقم الهاتف الارضي: _____

رقم الهاتف الخليوي: _____

البريد الإلكتروني: _____

التاريخ: _____