مدیریت درمان سازمان تامین اجتماعی استان خوزستان

بیمارستان شفا مسجدسلیمان

تاریخ:

فرم پیوست شماره 1

درصورت پیش آمدن هرگونه خسارت جانی ومالی به ساختمان وتاسیسا بیمارستان وبه نیروهای تحت الامر برنده مزایده وافراد ثالث تمام مسئولیتهای قانونی به عهده برنده مزایده میباشد وبیمارستان در این زمینه خود را ازهرگونه مسئولیتی مبرا میداند.

نام ونام خانوادگی **شرایط قرائت شده وتماما مورد قبول است** **مهروامضاء**