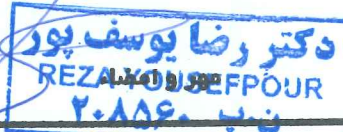


۱۴۴۴، ۴، ۲۱

مجمع پزشکی دکتر یوسف پور

احتراما آقای/خانم..... مبلغ..... بابت.....
مبلغ..... ریال.....

پرداخت نموده اند.



آدرس: صبا شهر، خیابان چمران، روبروی داروخانه، بین کارون ۱ و ۲، مجمع پزشکی دکتر یوسف پور

تلفن: ۶۵۶۲۷۹۰۰