

## پیوست شماره ۵ - (گواهی بانکی)

بدینوسیله وضعیت حساب‌های بانکی صاحب حساب با مشخصات ذیل، جهت ارائه به مؤسسه خدمات بهداشتی و درمانی میلاد سلامت تهران (بیمارستان میلاد) بشرح ذیل گواهی می‌گردد.

### مشخصات صاحب حساب / مشتری:

اشخاص	نام شرکت:	شماره ثبت:	شناسه ملی:
حقوقی	مدیرعامل:	نام صاحبان امضاء مجاز:	
اشخاص	نام و نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	شماره ملی:
حقیقی	نام پدر:		

۱- نوع حساب: .....

۲- شماره حساب مشتری: .....

۳- تاریخ اعلام میزان موجودی و گردش حساب: .....

۴- میزان موجودی: به عدد ..... ریال

به حروف: ..... ریال

۵- معدل یکساله موجودی از تاریخ ..... لغایت ..... : به عدد ..... ریال

به حروف: ..... ریال

۶- میزان گردش حساب یکساله از تاریخ ..... لغایت ..... : به عدد .....

ریال و به حروف ..... ریال

۷- گردش عملیات از تاریخ ..... لغایت .....

بستانکار	بدهکار
ریال	ریال

این گواهی بنا به درخواست مشتری جهت ارائه به مؤسسه خدمات بهداشتی درمانی میلاد سلامت تهران (بیمارستان میلاد) ارائه گردیده است.

مهر و امضاء شعبه بانک

امضاء و مهر / اثر انگشت مشتری