

فرم اطلاعات شناس نامه ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

فرم شماره 2

بدین وسیله این جانب / این جانبان:

مؤسسان مؤسسه:

واقع در:

اعلام می کنیم هیچ کدام از اطلاعات شناس نامه ای اعلام شده در روند قبلی تمدید مؤسسه شامل:

مشخصات مؤسسان - نشانی مؤسسه - مسامت و فضاهای مؤسسه - مالکیت مؤسسه - بخش های مؤسسه -
مسئولان فنی و غیره تغییر نیافته است.

مهر مؤسسه:	نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده فرم (مؤسس یا نماینده مؤسسان):
این قسمت توسط معاونت درمان دانش گاه تکمیل می شود.	
صحت مندرجات فرم و تعداد برگ مدارک پیوست مورد تأیید این جانب (کارشناس صدور پروانه ها) است.	
امضا:	تاریخ:
O تمدید از نظر اداره نظارت بلامانع است.	
امضاء:	تاریخ:

مطابقت صحت مندرجات با پروانه های بهره برداری و مسؤول / مسؤولان فنی مؤسسه الزامی است.