

## پیوست ۱

### مشخصات موسس / نماینده حقوقی درمانگاه / پلی کلینیک

تاریخ موافقت کمیته عقد قرارداد :

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
شماره نظام پزشکی :	شماره مجوز / پروانه تاسیس :
آدرس پست الکترونیک :	شماره حساب موسس / موسسین :
کد اقتصادی :	شماره شباهت موسس / موسسین :
نشانی / تلفن / دورنگار موسسه :	

نوع مالکیت موسسه :

خصوصی	دولتی / دانشگاه	نظ	یه	عمومی	دولتی
-------	-----------------	----	----	-------	-------

ساعات فعالیت :

صبح از ساعت ..... تا ساعت ..... عصر از ساعت ..... تا ساعت ..... شب از ساعت ..... :  
سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر پایه :

تامین اجتماعی	خدمات درمانی نیروهای م	بیمه سلامت	ان	کمیته امداد امام
---------------	------------------------	------------	----	------------------

سایر (ره) : توضیح :

مدرک تحصیلی (موسس اول) :	نام دانشگاه :	تاریخ اخذ مدرک تحصیلی :
مدرک تحصیلی (موسس دوم) :	نام دانشگاه :	تاریخ اخذ مدرک تحصیلی :
مدرک تحصیلی (موسس سوم) :	نام دانشگاه :	تاریخ اخذ مدرک تحصیلی :

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی :

نام و نام خانوادگی :	شماره نظام پزشکی :	زمان فعالیت :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :	تاریخ اعتبار :	نمونه مهر و امضا :
نام و نام خانوادگی :	شماره نظام پزشکی :	زمان فعالیت :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :	تاریخ اعتبار :	نمونه مهر و امضا :
نام و نام خانوادگی :	شماره نظام پزشکی :	زمان فعالیت :
شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی :	تاریخ اعتبار :	نمونه مهر و امضا :

مشخصات سازمان / نهاد  
آدرس پست الکترونیک .....



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.