

فردم

در خواست

موافقت

اصولی



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

## فرم درخواست موافقت اصولی

فرم شماره 1- الف

### مشخصات مؤسسه:

نام پیشنهادی مؤسسه (انتخاب نام در این مرحله کاملاً الزامی است):

نوع مؤسسه: (تنها یک مورد بایستی انتخاب گردد.)

1 بیمارستان عمومی 1 درمانگاه عمومی 1 مرکز جراحی محدود 1 مرکز درمان ناباروری 1 مرکز درمان سوء مصرف مواد  
درمانگاه تخصصی: (1 داخلی، 1 غیرتهاجمی قلب و عروق، 1 آلرژی، 1 چند تخصصی مغز و اعصاب و روان، 1 چند تخصصی درد، 1 دیابت، 1 پوست)  
1 درمانگاه دندانپزشکی 1 مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار 1 موسسه پزشکی هسته ای 1 آمبولانس خصوصی 1 ارتوپدی فنی  
1 موسسه ساخت و فروش عینک طبی 1 مرکز تخصصی طب کار 1 فیزیوتراپی 1 مرکز تصویربرداری 1 موسسه رادیولوژی  
1 موسسه رادیولوژی دهان و فک و صورت 1 موسسه رادیوتراپی  
1 مرکز جامع توانبخشی: (تعیین گرایش مرکز از میان گزینه های زیر الزامی است)  
1 گرایش اختلالات بینایی 1 گرایش اختلالات جسمی حرکتی 1 گرایش سالمندان 1 گرایش فلج مغزی 1 گرایش اختلالات اعصاب و روان  
1 گرایش اختلالات ذهنی کودکان و نوجوانان 1 گرایش اختلالات رفتاری روانی کودکان و نوجوانان 1 گرایش اختلالات شنوایی، گفتار و زبان  
1 مرکز مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل 1 مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامائی 1 مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری  
1 شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی

دانشگاه: علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان شهر:

منطقه:

(برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری میباشند الزامی است)

نوع مالکیت مؤسسه:  حقیقی  حقوقی خصوصی  تعاونی خدمات بهداشتی درمانی  خیریه  عمومی

تذکر 1: منظور از مالکیت عمومی، وابستگی مؤسسه به یکی از سه قوای سه گانه، نیروهای مسلح یا دگر سازمانهای دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری ها، هلال احمر، سازمان تامین اجتماعی و ...) است.

تذکر 2: کسانی که متقاضی تاسیس شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی می باشند و تا کنون شرکتی تاسیس ننموده اند، می بایست گزینه حقیقی را انتخاب نمایند. در صورت انتخاب گزینه عمومی، خیریه، حقوقی، تعاونی نام سازمان، ارگان یا شرکت مربوطه در ردیف زیر نوشته شود.

نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه ی خیریه:

با توجه به اینکه نام سازمان عیناً در پروانه بهره برداری قید می شود، لطفاً نام سازمان، ارگان یا شرکت را بطور کامل مانند نمونه های زیر بنویسید.

مثال: شرکت تعاونی و خدمات بهداشتی درمانی پیام سلامت یا بنیاد امور خیریه حضرت علی بن موسی الرضا(ع) یا سازمان هلال احمر

نوبت کاری مؤسسه:  صبح  عصر  صبح و عصر  شبانه روزی

تعداد کل تخت (مخصوص بیمارستان):

نام و نام خانوادگی نماینده متقاضیان تاسیس:

پست الکترونیکی:

تلفن تماس (ترجیحاً همراه):

در صورتیکه متقاضی تاسیس یک نفر باشد نیازی به اطلاعات فوق نمی باشد





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

## فرم درخواست موافقت اصولی فرم شماره 2

مشخصات متقاضی تاسیس:			
نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد: / /	محل تولد:
نشانی محل سکونت:			
شهر:	خیابان اصلی:	خیابان فرعی:	پلاک:
پیش شماره:	تلفن:	تلفن همراه:	کد پستی:
پست الکترونیک:	وب سایت:		
این قسمت بر اساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد.			
مقطع: 1 کاردان 1 کارشناس 1 کارشناس ارشد 1 دکتری حرفه ای 1 PhD 1 متخصص 1 فوق تخصص رشته / تخصص:			
نوع دانشگاه: 1 دانشگاه علوم پزشکی 1 دانشگاه آزاد اسلامی 1 سایر دانشگاههای کشور 1 دانشگاه های خارج از کشور			
دانشگاه محل تحصیل: نام دانشگاه: زمان فارغ التحصیلی: شماره نظام پزشکی: تذکر: شماره نظامهایی که توأم با حروف و اعداد میباشد به صورت نمونه نوشته شوند: م-1996			
1 عدم وابستگی استخدامی به دولت - 1 عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی			
1 عضو هیئت علمی نیمه وقت 1 کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی -			
1 کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها 1 کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها - 1 کارمند بازنشسته			

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است

مشخصات پروانه مطب	شهر:	تاریخ صدور:	تاریخ اعتبار:
-------------------	------	-------------	---------------

سوابق کاری (بعد از فارغ التحصیلی از دانشگاه)		
ردیف	ارگان یا محل انجام کار	طول مدت خدمت (به ماه ذکر شود)

مجموع مدت سوابق کار: ..... ماه

چنانچه در حال حاضر در موسسه درمانی دیگری، موسس / مسئول فنی می باشید جدول زیر را تکمیل کنید:

نوع موسسه:	نام موسسه:	نوع هویت موسس: <input type="radio"/> حقیقی <input type="radio"/> حقوقی خصوصی <input type="radio"/> تعاونی خدمات بهداشتی درمانی <input type="radio"/> خیریه
نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد)		



## فرم درخواست موافقت اصولی

### تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه متقاضی تاسیس:

اینجانب ..... تصدیق می نمایم:

1. با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول دارم.
2. آئین نامه موسسه درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن می باشم.
3. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
4. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود موافقت اصولی صادر شده را ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
5. به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده) موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام.

1 بلی 1 خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

نوع موسسه	نام موسسه	دانشگاه *	نحوه مشارکت: فیزیقه - سایرشرکتها شرکت تعاونی خدمات بهداشتی، درمانی

\* منظور دانشگاهی است که موسسه مذکور تحت پوشش آن قرارداد.

نام و نام خانوادگی - امضاء و درج مهر نظام پزشکی:

<b>این قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکمیل می شود.</b>	
صحت مندرجات فرم و تعداد ..... برگ مدارک پیوست مورد تأیید اینجانب ..... (کارشناس صدور پروانه ها) است.	تاریخ:
امضا:	
امضاء معاون درمان	○ صدور موافقت اصولی بلامانع است

در صورت وجود بیش از یک نفر موسس، این فرم باید برای هر فرد جداگانه تکمیل و امضاء شود.

**فرم تقبل مسئولیت فنی**

اینجانب آقای/خانم ..... پزشک عمومی/متخصص/کارشناس..... دارای شماره نظام پزشکی..... با خواندن دقیق شرح وظایف پیوست و نیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه.....مسئولیت.....فنی نوبت/نوبت های کاری.....را در موسسه.....از تاریخ صدور پروانه مسئول فنی، طبق قرارداد به مدت..... سال تقبل نموده و تعهد می نمایم در مدت قرارداد خود با موسسه فوق در نوبت های کاری قید شده در پروانه مسئولیت فنی، در موسسه حضور داشته و چنانچه قصد استعفا داشته باشم (غیر از موارد اضطراری) مراتب را حداقل 3 ماه پیش از ترک موسسه به موسس اطلاع دهم و در هر صورت تا 3 ماه پس از انصراف در صورت عدم معرفی مسئول فنی دیگر، مسئولیت امور موسسه به عهده اینجانب می باشد.

**نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول فنی**

## فرم تقبل وظایف موسس

### (ویژه پیراپزشکان)

اینجانب..... دارای کدملی.....  
موسس/یکی از موسسین موسسه..... با خواندن دقیق شرح وظایف و نیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه..... ضمن تعهد رعایت شرح وظایف خود، کلیه شرح وظایف مسئول فنی را قبول داشته و اختیارات لازم را در این زمینه به ایشان میدهم. ضمناً اینجانب گواهی می نمایم که کلیه تعهدات قانونی خود را گذرانده ام و در صورت اثبات خلاف این امر، دانشگاه مجاز خواهد بود اقدامات قانونی لازم را انجام دهد.

## فرم تقبل وظایف موسس

### (ویژه کلیه پزشکان اعم از عمومی، متخصص و دندانپزشکان)

اینجانب..... دارای کدملی.....  
موسس/یکی از موسسین موسسه..... با خواندن دقیق شرح وظایف و نیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه..... ضمن تعهد رعایت شرح وظایف خود، کلیه شرح وظایف مسئول فنی را قبول داشته و اختیارات لازم را در این زمینه به ایشان میدهم. ضمناً اینجانب گواهی می نمایم که کلیه تعهدات قانونی خود را گذرانده ام و در صورت اثبات خلاف این امر، دانشگاه مجاز خواهد بود اقدامات قانونی لازم را انجام دهد.

## نام و نام خانوادگی و امضاء موسس

## فرم اعلام همکاری پرسنل با موسسه

اینجانب..... با کد ملی..... دارای مدرک تحصیلی..... و نظام پزشکی..... همکاری خود را در نوبت کاری صبح/عصر/شب  
روزهای.....  
ساعات.....  
با موسسه.....  
اعلام می نمایم. ضمناً تعهد می نمایم که در ساعات حضور در این موسسه، در هیچ موسسه دیگری حضور نداشته باشم.

**فرم تقبل وظایف موسس**  
**( ویژه کلیه پزشکان اعم از عمومی، متخصص و دندانپزشکان )**

اینجانب .....دارای کدملی.....

موسس/یکی از موسسین موسسه .....با خواندن دقیق شرح وظایف ونیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه .....ضمن تعهد رعایت شرح وظایف خود، کلیه شرح وظایف مسئول فنی را قبول داشته و اختیارات لازم را در این زمینه به ایشان میدهم. ضمناً اینجانب گواهی می نمایم که کلیه تعهدات قانونی خود را گذرانده ام و در صورت اثبات خلاف این امر، دانشگاه مجاز خواهد بود اقدامات قانونی لازم را انجام دهد.

**نام و نام خانوادگی و امضاء موسس**



شماره:

تاریخ:

### قرارداد تاسیس موسسات پزشکی

باستناد ماده ۳ آئین نامه اجرائی ماده ۸ قانون تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، قرارداد ذیل فیما بین متقاضی / متقاضیان تاسیس مؤسسه پزشکی تحت عنوان..... به اسامی:..... که از این پس متقاضی نامیده می شود و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... **گیلان** که از این پس دانشگاه خوانده می شود به منظور اخذ موافقت اصولی از کمیسیون قانونی ماده ۲۰، درخصوص نحوه پیشرفت کار و لغو اجازه تاسیس در صورت عدم انجام تعهدات منعقد می گردد.

**ماده ۱-** متقاضی متعهد و موظف است پس از اخذ موافقت اصولی نسبت به ایجاد مؤسسه مذکور و ارسال مدارک طبق برنامه زمانبندی ذیل حداکثر ظرف مدت ..... ماه اقدام نماید:

الف - معرفی مکان مناسب اعم از زمین یا ساختمان به دانشگاه حداکثر به مدت ..... ماه پس از صدور موافقت اصولی.  
ب- احداث ساختمان و یا تغییرات لازم در ساختمان به منظور مناسب سازی آن برای ایجاد مؤسسه مذکور و ارائه مستندات قانونی مالکیت آن در صورت تأیید مکان معرفی شده توسط کارشناسان دانشگاه حداکثر به مدت ..... ماه پس از صدور موافقت اصولی.

ج- خرید و تأمین تجهیزات پزشکی و غیر پزشکی و نصب آنها و معرفی پرسنل شامل مسئولین فنی و کادر پزشکی و پیراپزشکی حداکثر به مدت ..... ماه.

تبصره ۱: در صورت عدم اجرای بند الف در موعد مقرر، موافقت اصولی از درجه اعتبار ساقط می گردد.  
تبصره ۲: مراحل بند ب و ج می توانند همزمان یا به ترتیب صورت گیرند و حداکثر مدت مذکور از ..... ماه تجاوز نخواهد نمود.

**ماده ۲-** ارائه کلیه مدارک لازم جهت اخذ پروانه های بهره برداری و مسئولین فنی که طبق آئین نامه موسسه و بخشنامه های وزارت متبوع اعلام میگردد الزامی است.

**ماده ۳-** متقاضی مکلف است اجرای هر یک از موارد فوق و پیشرفت کار را به طور مکتوب هر ۶ ماه به دانشگاه اطلاع دهد.  
**ماده ۴-** در صورت نیاز به تمدید اعتبار موافقت اصولی مراتب باید قبل از انقضای مهلت مقرر به طور مکتوب به دانشگاه اطلاع داده شود و دانشگاه در صورت احراز پیشرفت کار طبق فرم درخواست تمدید، یک بار و به مدت ۶ ماه با تأیید کمیسیون ماده ۲۰ نسبت به تمدید اعتبار موافقت اصولی فوق الذکر اقدام خواهد نمود.

**تبصره ۵-** تمدید مجدد با احراز شرایط خاص توسط کمیسیون ماده ۲۰ دانشگاه و تأیید آن امکان پذیر خواهد بود.  
**ماده ۵-** فعالیت کلیه قسمت های موسسه باید به صورت همزمان و پس از اخذ پروانه بهره برداری موسسه آغاز گردد.

**ماده ۶-** در صورت عدم انجام هر یک از تعهدات مذکور در این قرارداد، موافقت اصولی فوق الذکر بدون نیاز به طرح در کمیسیون ماده ۲۰ از درجه اعتبار ساقط خواهد گردید.

**ماده ۷-** متقاضی با علم و آگاهی کامل از کلیه موارد، شروط و مندرجات این قرارداد مبادرت به انعقاد و امضاء آن نموده و حق هر گونه اعتراض و طرح دعوی اعم از کیفری و حقوقی را در کلیه نهادها و مراجع قضائی از خود سلب نموده است.

**ماده ۸-** این قرارداد در ۸ ماده و دو نسخه تهیه، تنظیم، منعقد و امضاء شده و هر دو نسخه حکم واحد را دارد.

دکتر.....  
معاون درمان دانشگاه

نام و نام خانوادگی متقاضی تاسیس  
یا نماینده رسمی وی و مهر و امضاء



## فرم درخواست موافقت اصولی

### مدارک متقاضی تاسیس

مدارک اختصاصی		مدارک عمومی
اصل و تصویر پروانه دائم اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی	پزشک و دندانپزشک، داروساز، دکترای علوم آزمایشگاهی ، کاپروپراکتیک	اصل فرم های تقاضای موافقت اصولی (فرم شماره 1 الف و ب" و فرم شماره 2)
		اصل فرم تقبل و وظایف موسس
اصل و تصویر (دانشنامه) / یا (تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح با معافیت از طرح)	پیراپزشک	اصل و تصویر کارت ملی
اصل و تصویر آخرین مدرک تحصیلی	سایرین	اصل گواهی عدم اعتیاد
		اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت
منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه متقاضیان تاسیس (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه) باید ارائه نمایند. مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی متقاضیان تاسیس باید ارائه شود و مربوط به کلیه متقاضیان تاسیس نمی باشد.		کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت (ویژه آقایان)
		اصل و تصویر (آخرین حکم کارگزینی) / (یا تاییدیه اشتغال از بالاترین مقام مسوول اداری برای مستخدمین کشوری و لشکری که دارای حکم کارگزینی نیستند) (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)
		قرارداد تاسیس امضاء شده توسط متقاضی یا متقاضیان

چک لیست مدارک لازم جهت اخذ موافقت اصولی مربوط به متقاضیان غیر حقیقی (علاوه بر مدارک فردی متقاضیان تاسیس)

عمومی	حقوقی خصوصی	خیریه	شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی
1 نامه درخواست از بالاترین مقام بهداشتی درمانی مربوطه	1 اساسنامه شرکت با قید اجازه فعالیت بهداشتی درمانی در آن	1 اساسنامه خیریه	1 اساسنامه شرکت
1 تاییدیه وزارت بهداشت و مصوبه هیئت محترم وزیران	1 گواهی ثبت شرکتها	1 لیست هیئت امناء	1 گواهی ثبت شرکتها
	1 آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی	1 نامه دفتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی	1 آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی
	<b>شماره ثبت :</b>	<b>شماره ثبت :</b>	1 موافقت اصولی تعاونی
			<b>شماره ثبت :</b>

فردم

درخواست

بهره‌برداري



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

### فرم درخواست بهره برداری

مشخصات مؤسسه		
نام مؤسسه:		
نوع مؤسسه (مطابق موافقت اصولی):		
منطقه:	شهر:	دانشگاه: علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
(برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری میباشند الزامی است)		
نوع مالکیت مؤسسه: <input type="radio"/> حقیقی <input type="radio"/> حقوقی خصوصی <input type="radio"/> تعاونی خدمات بهداشتی درمانی <input type="radio"/> خیریه <input type="radio"/> عمومی		
منظور از مالکیت عمومی، وابستگی مؤسسه به یکی از سه قوای سه گانه نیروهای مسلح یا دگر سازمانهای دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری ها، هلال احمر، سازمان تامین اجتماعی و ...) است.		
نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه ی خیریه در صورت مالکیت حقوقی یا عمومی:		
نحوه اداره مؤسسه: <input type="radio"/> انتفاعی <input type="radio"/> غیر انتفاعی <input type="radio"/> خیریه		
منظور از غیر انتفاعی موسساتی هستند که هدف از تاسیس آن ها انتفاع نبوده و ضمن رعایت تعرفه های دولتی در آمد حاصله از فعالیت مؤسسه، صرف هزینه های مؤسسه می گردد		
نوبت کاری مؤسسه: <input type="radio"/> صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/> صبح و عصر <input type="radio"/> شبانه روزی		
تعداد کل تخت (بخصوص بیمارستان):	تعداد تخت عمومی:	تعداد تخت های ویژه:
تاریخ موافقت اصولی:	شماره موافقت اصولی:	تاریخ اعتبار موافقت اصولی:
<p>با توجه به این که نشانی دقیقا در متن پروانه بهره برداری درج می شود لطفا نشانی را به صورت کامل و مانند نمونه زیر بنویسید:</p> <p>تهران، خیابان ولی عصر، خیابان وصال شیرازی، کوچه نسترن، بن بست شقایق، پلاک 5، طبقه دوم، واحد 4</p> <p>نشانی:</p> <p>کدپستی/ صندوق پستی:</p> <p>تلفن: _____ نمابر: _____ تلفن همراه مدیریت/مسئول فنی: _____</p> <p>پست الکترونیک: _____ وب سایت: _____</p>		
مشخصات تماس مؤسسه:		

### نام و نام خانوادگی مسئولین فنی:

نام و نام خانوادگی	محل فعالیت مسئول فنی	ع.ج.	نام و نام خانوادگی	محل فعالیت مسئول فنی	ع.ج.

با توجه به اینکه مشخصات کامل مسئولین فنی باید در صفحه مشخصات مسئول فنی ثبت شود در این قسمت تنها نام و نام خانوادگی و محل فعالیت مسئول فنی نوشته شود منظور از محل فعالیت این است که ایشان مسئول فنی کل مؤسسه هستند یا مسئول فنی بخش خاصی از مؤسسه که در این صورت باید نام بخش مربوطه نوشته شود.













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

### فرم درخواست بهره برداری

#### قسمت / واحد/بخش های موجود در موسسه:

در این قسمت تنها بخش ها و قسمت های داخل موسسه علامت زده شود به عنوان مثال چنانچه موسسه درخواستی فیزیوتراپی است، گزینه فیزیوتراپی در جدول زیر انتخاب نشود. یا اگر مرکز درمان سوء مصرف مواد است گزینه درمان سوء مصرف مواد انتخاب نشود

بخشها	تعداد تختها	بخشها	تعداد تختها	بخشها	تعداد تختها	بخشها	تعداد تختها
<input type="checkbox"/> پزشکی عمومی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شنوایی سنجی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> بینایی سنجی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> داخلی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> روانپزشکی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پوست	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تغذیه	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> زنان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> عفونی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> آزمایشگاه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> روانشناسی بالینی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> اطفال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داخلی مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داروخانه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> جراحی مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> جراحی عمومی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داخلی گوارش	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> فیزیوتراپی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داخلی غدد	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ارولوژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ارتوپدی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نوزادان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ارتوپدی فنی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> رادیولوژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CCU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> تصویر برداری	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ICU	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> رادیوگرافی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NICU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> رادیوگرافی دیجیتال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ICU سوختگی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> سونوگرافی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سوختگی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> رادیولوژی فک و دهان و صورت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیابت	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ماموگرافی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داخلی ریه	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ماموگرافی دیجیتال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> کایروپراکتیک	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OPG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> داخلی قلب و عروق	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OPG دیجیتال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> جراحی قلب و عروق	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> رادیوگرافی پری اپیکال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پلاستیک (جراحی ترمیمی)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> رادیوگرافی پری اپیکال دیجیتال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> عینک طبی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> رادیواسکوپ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> آنکولوژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> رادیوتراپی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مامایی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> الکتروتراپی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CT Scan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> مکانوتراپی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> سنجش تراکم استخوان	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> UROD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پزشکی هسته ای	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> نفرولوژی	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INVITRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> اندودنتیکس	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> INVIVO	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> سنگ شکن	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دندانپزشکی اطفال	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> آنژیوگرافی	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> تله تراپی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پرپودنتولوژی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> براکی تراپی	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> کبالت ۶۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ترمیمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> سی تی سیمولاتور	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> شتاب دهنده خطی (کمتر از ۱۰ MV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> پروتزهای دندانی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> شتاب دهنده خطی (بیشتر از ۱۰ MV)	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> جراحی فک و دهان و صورت	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> دیالیز	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> چشم پزشکی	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> درمان سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> کاردرمانی	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> گفتاردرمانی	<input type="checkbox"/>		



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

فرم درخواست بهره برداری  
فرم ورود اطلاعات متقاضی مسئول فنی

مشخصات متقاضی مسئول فنی :			
نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :
محل صدور :	تاریخ تولد : / /	کد ملی :	محل تولد :
<p>نشانی محل سکونت :</p> <p>شهر : خیابان اصلی : خیابان فرعی : پلاک : کد پستی :</p> <p>کد شهر : تلفن : تلفن همراه : وب سایت :</p> <p>پست الکترونیک :</p>			
<p>این قسمت براساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد.</p> <p>مقطع : 1 کاردان 1 کارشناس 1 کارشناس ارشد 1 دکترای حرفه ای 1 PhD 1 متخصص 1 فوق تخصص 1 سایر رشته / تخصص و یا سایر موارد ذکر شود :</p> <p>نوع دانشگاه : 1 دانشگاه علوم پزشکی 1 دانشگاه آزاد اسلامی 1 سایر دانشگاههای کشور 1 دانشگاه های خارج از کشور</p> <p>دانشگاه محل تحصیل : نام دانشگاه : زمان فارغ التحصیلی : شماره نظام پزشکی :</p> <p>تذکر : شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشند به صورت نمونه نوشته شوند : م-1996</p>			
<p>1 عدم وابستگی استخدامی به دولت - 1 عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی</p> <p>1 عضو هیئت علمی نیمه وقت 1 کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی - 1 کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها 1 کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها - 1 ضریب کا - 1 کارمند بازنشسته</p>			

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است

مشخصات پروانه مطب	شهر :	تاریخ صدور :	تاریخ اعتبار :
-------------------	-------	--------------	----------------

سوابق فعالیت :

ردیف	ارگان یا محل انجام کار	طول مدت خدمت (به ماه ذکر شود)

مجموع مدت سوابق کار : ..... ماه



### فرم درخواست بهره برداری

نوبت کاری									
نوبت های کاری دقیقاً مطابق با ساعات کاری مسئول فنی پر شود و علاوه بر اینکه در جدول زیر علامت زده میشود به طور جداگانه در قسمت عنوان نوبت کاری نوشته شود.									
به عنوان مثال :عنوان نوبت کاری: صبح روزهای فرد و عصر روزهای زوج .									
عنوان نوبت کاری: .....									
صبح	عصر	شب	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	همه روزهای هفته

محل فعالیت مسئول فنی در موسسه		
کل موسسه <input type="checkbox"/>	بخشی از موسسه <input type="checkbox"/>	نام بخش مربوطه:
<small>منظور از بخش، قسمتی است که مسئول فنی، مسئولیت فنی آن را تقبل نموده است</small>		

چنانچه در حال حاضر در موسسه درمانی دیگری، مسئول فنی می باشید جدول زیر را تکمیل کنید:

نوع موسسه:	نام موسسه:	نوبت کاری:
نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد):		

### مدارک مسئول فنی

مدارک عمومی	مدارک اختصاصی
<ul style="list-style-type: none"> <li>اصل فرم مشخصات متقاضی مسئول فنی</li> <li>اصل فرم تقبل مسئولیت فنی</li> <li>اصل و تصویر کارت ملی</li> <li>دو قطعه عکس 3x4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اصل و تصویر پروانه مطب معتبر</li> <li>اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی</li> <li>اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما</li> <li>اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>اصل گواهی عدم اعتیاد</li> <li>اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت</li> <li>کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت (ویژه آقایان)</li> <li>اصل و تصویر (آخرین حکم کارگزینی/یا تائیدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول برای افراد بدون حکم کارگزینی)(ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اصل و تصویر (دانشنامه)/یا (تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح یا معافیت از طرح)</li> <li>گواهی گذراندن دوره بازآموزی و یا تعهد گذراندن آن</li> <li>اصل و تصویر گواهی دوره های مورد نیاز</li> <li>اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز (در صورت لزوم بر اساس آئین نامه)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>اصل و تصویر گواهی عدم نیاز در ساعات غیر موظف مطابق با ساعات کاری در موسسه (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>اصل و تصویر آخرین مدرک تحصیلی</li> <li>اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما (ویژه کاردان های اپتیک)</li> <li>گواهی قبولی در آزمون وزارت بهداشت</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه مسئولین فنی (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه) باید ارائه نمایند.</li> <li>مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی مسئول فنی و نوع موسسه باید ارائه شود و مربوط به کلیه مسئولین فنی نمی باشد.</li> </ul>	

این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود



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

فرم درخواست بهره برداری

**تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی:**

اینجانب ..... با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان مسئول فنی، مندرجات این فرم را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- 1- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- 2- شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.
- 3- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه فعالیت ندارم.
- 4- در صورت درخواست استعفا حداقل 3 ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (در صورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین)، مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.

**نام و نام خانوادگی و**

**امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی**

این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود



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

### فرم درخواست بهره برداری مشخصات و مدارک پرسنل موسسه

جه: لطفا مشخصات مسوول یا مسوولین فنی در این قسمت درج نشود. مگر اینکه یک نفر، هم مسئول فنی و هم پرسنل موسسه باشد.

عدد پرسنل: .....

نام خانوادگی	نام	کدملی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	نوبت کاری	ولایت انتصاب در بخش دولتی *	پروانه مطب معتبر / آخرین مدرک تحصیلی	عدم سوء پیشینه کیفری	عدم سوء پیشینه انتظامی	گواهی عدم اعتیاد	اعلام همگامی	گواهی عدم نیاز
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			



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

فرم درخواست بهره برداری  
فرم مشخصات تجهیزات

ردیف	نام دستگاه	بخش مورد استفاده	شرکت سازنده	مدل دستگاه	سال ساخت دستگاه	کشور سازنده	شماره شناسه یا سریال	سال نصب دستگاه
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

تذکرات مهم:

- ü لطفا تنها تجهیزات تخصصی ثبت شود.
- ü از ثبت اقلام مصرفی جدا خودداری گردد.
- ü در صورت وجود بیش از یک نوع از هر یک از تجهیزات با کاربرد مشابه، ذکر جداگانه هر کدام از آنها الزامی است.
- ü برای تجهیزات سرمایه ای، اخذ تأییدیه های لازم از اداره کل تجهیزات پزشکی الزامی است.



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

فرم درخواست بهره برداری  
فرم مشخصات فیزیکی موسسه

فرم مشخصات فیزیکی موسسه:	
زیربنای موسسه (متر مربع):	
نوع مالکیت ساختمان: 1 شخصی 1 استیجاری 1 وقفی 1 دولتی در صورتیکه مالکیت ساختمان ترکیبی از گزینه های موجود باشد، می توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.	
آیا موسسه دارای ساختمان مستقل می باشد؟ 1 بلی 1 خیر فقط در صورت مشترک بودن با موسسه درمانی دیگر نام و نوع آن موسسه ذکر شود:	
تعداد طبقات موسسه: فقط تعداد طبقات متعلق به موسسه مد نظر می باشد. محل استقرار طبقات موسسه در ساختمان (به عنوان نمونه زیرزمین، همکف، اول، ...)	
کاربری ملک: 1 مسکونی 1 اداری/ تجاری 1 بهداشتی درمانی	پلاک ثبتی:
آیا در ساختمان واحد مسکونی وجود دارد؟ 1 بلی 1 خیر در صورت پاسخ مثبت ارائه رضایت نامه از ساکنین الزامی است.	



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

## فرم درخواست بهره برداری

### فضاهای موسسه

نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع	نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع	نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع
مدیریت یا مسئول فنی	1	مستقل	1	اتاق دیالیز	1	مستقل	1	اتاق عمل سربانی	1	مستقل	1
اطلاعات و پذیرش	1	مستقل	1	اتاق سونوگرافی	1	مستقل	1	اتاق تزریقات و پانسمان	1	مستقل	1
بایگانی	1	مستقل	1	اتاق رادیوگرافی	1	مستقل	1	اتاق احیاء	1	مستقل	1
آبدارخانه	1	مستقل	1	اتاق سنجش تراکم استخوان	1	مستقل	1	اتاق گچ گیری	1	مستقل	1
تی شویی	1	مستقل	1	اتاق ماموگرافی	1	مستقل	1	اتاق کاردرمانی	1	مستقل	1
انبار ملزومات	1	مستقل	1	اتاق رادیولوژی تک و دهان و صورت	1	مستقل	1	اتاق گفتاردرمانی	1	مستقل	1
اتاقک استریلیزاسیون	1	مستقل	1	اتاق عمل	1	مستقل	1	اتاق شنوایی سنجی	1	مستقل	1
اتاقک رختشویخانه	1	مستقل	1	اتاق اکی کاردیوگرافی	1	مستقل	1	اتاق فیزیوتراپی	1	مستقل	1
محل نگهداری موقت زباله	1	مستقل	1	اتاق تست ورزش	1	مستقل	1	اتاق بینایی سنجی	1	مستقل	1
انبار کیف	1	مستقل	1	آزمایشگاه	1	مستقل	1	اتاق مشاوره تغذیه	1	مستقل	1
استراحت پزشک	1	مستقل	1	اتاق معاینه ارتز	1	مستقل	1	اتاق کایروپراکتیک	1	مستقل	1
استراحت پرسنل	1	مستقل	1	اتاق پروتز	1	مستقل	1	اتاق مشاوره روانشناسی بالینی	1	مستقل	1
رختکن پرسنل اقا	1	مستقل	1	اتاق قالب گیری	1	مستقل	1	اتاق مشاوره ژنتیک	1	مستقل	1
رختکن پرسنل خانم	1	مستقل	1	اتاق تراش	1	مستقل	1	اتاق مشاوره مددکار اجتماعی	1	مستقل	1
سالن انتظار	1	مستقل	1	اتاق معاینه	1	مستقل	1	اتاق/فضای فروش عینک طبی	1	مستقل	1
سرویس بهداشتی بیماران	1	مستقل	1	اتاق آندوسکوپی	1	مستقل	1	اتاق مشاوره	1	مستقل	1
سرویس بهداشتی پرسنل	1	مستقل	1		1	مستقل	1	اتاق اسکیتینگ	1	مستقل	1

در صورت وجود فضاهایی به غیر از موارد موجود، از تصویر خام این فرم استفاده نمایید.

لطفاً در صورت انتخاب هر یک از فضاهای موجود در موسسه، ضمن مشخص نمودن وضعیت اشتراک با اتاق های دیگر یا مستقل بودن، تعداد آن را نیز در محل مربوطه درج نمایید.  
**تذکره ۱:** در صورت وجود بیش از یک اتاق از هر نوع فضا با مترها متفاوت، لطفاً مترها در قسمت مساحت با خط تیره از یکدیگر جدا شوند. به عنوان مثال در صورت وجود سه اتاق معاینه با مترهای ۱۰، ۱۲، ۲۰ در یک درمانگاه، به ترتیب ذیل عمل شود: تعداد: ۳ / مساحت: ۱۰-۱۲-۲۰  
**تذکره ۲:** در صورتی که مترها با یکدیگر یکی است، فقط یک عدد نوشته شود. به عنوان مثال اگر سه اتاق معاینه با مترها ۱۲ وجود دارد در قسمت مساحت، تنها عدد ۱۲ نوشته شود.

**تذکره ۳:** در صورت وجود فضای درمانی خاصی که در لیست موجود ذکر نشده است، لطفاً آن را درج نمایید.





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

### فرم درخواست بهره برداری

### مدارک کلی موسسه:

با توجه به این که ذکر مدارک لازم برای همه موسسات به طور جداگانه فضای زیادی را به خود اختصاص می داد مدارک همه موسسات در این صفحه ذکر شده است، مدارکی که مختص موسسه یا موسسات خاصی می باشند، در داخل پرانتز ذکر شده است که خواهشمند است به این نکته دقت فرمائید.

سند مالکیت یا اجاره نامه محضری و یا اجاره نامه عادی همراه با تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ یا رضایت نامه محضری مالک (همه موسسات)
رضایت نامه ساکنین در صورتی که واحد مسکونی در ساختمان موسسه وجود داشته باشد (همه موسسات)
تعهد محضری مبنی بر رعایت مقررات (ویژه مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بارو مرکز درمان ناباروری)
نقشه:
الف) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی وزارت (ویژه بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار)
ب) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی دانشگاه (ویژه مرکز جامع توانبخشی، کلیه درمانگاه ها و موسسات پرتوپزشکی)
ج) نقشه موسسه در مقیاس 1 به 100 همراه با چیدمان و نامگذاری فضاها (ویژه سایر موسسات)
گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری (بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار، مرکز درمان ناباروری)
اخذ تاییدیه مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت (ویژه بیمارستان های دولتی)
تاییدیه بهداشتی از معاونت بهداشتی دانشگاه (همه موسسات)
تایید بهداشت محیط و پرتو از معاونت بهداشتی دانشگاه (ویژه موسسات پرتوپزشکی)
اخذ مجوز کار با اشعه (ویژه موسسات پرتوپزشکی)
اخذ تاییدیه کمیسیون تبصره ماده چهار قانون حفاظت در برابر اشعه از وزارتخانه (ویژه موسسات پرتوپزشکی)
اخذ مجوز احداث از مراجع قانونی (ویژه موسسات پزشکی هسته ای و رادیوتراپی)
قرارداد موسسه با پرسنل (ویژه مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل و مرکز مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل)
قرارداد موسسه با موسسات دیگر (ویژه مراکز جراحی محدود، درمان با اکسیژن هایپر بار، مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل و مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل)
اخذ تاییدیه دفتر مدیریت پرستاری دانشگاه (ویژه مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل)
اخذ تاییدیه مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه/وزارت (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
مدارک مربوط به مالکیت دستگاههای آمبولانس (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
تاییدیه اداره کل اماکن نیروی انتظامی (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
گواهی گذراندن دوره های آموزشی برای خدمه آمبولانس مطابق با آیین نامه (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
مشخصات و مدارک همه مسوولین فنی
مشخصات و مدارک همه پرسنل
لیست تجهیزات
فیش بهره برداری یا مابه التفاوت (در صورت لزوم)
فیش مسوول/مسوولین فنی

### تذکر:

\* اخذ تاییدیه نقشه از دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرح های عمرانی و مرکز سلامت محیط و کار وزارت جهت بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری و مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار الزامی می باشد.  
\* اخذ تاییدیه بهداشت محیط و پرتو، مجوز کار با اشعه و تاییدیه کمیسیون تبصره ماده چهار قانون حفاظت در برابر اشعه جهت موسسات پرتوپزشکی الزامی می باشد.



فرم درخواست بهره برداری

**تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه موسس:**

اینجانب ..... با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان موسس، مندرجات این فرم ها را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- 1- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- 2- مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
- 3- با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود پروانه بهره برداری صادر شده را ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
- 4- به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده) پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام.

1بلی 1خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

نوع موسسه	نام موسسه	دانشگاه *	نحوه مشارکت: خیریه - سایر شرکتهای شرکت تعاونی خدمات بهداشتی، درمانی

\* منظور دانشگاهی است که موسسه مذکور تحت پوشش آن قرارداد دارد.

نام و نام خانوادگی و امضاء و درج مهر نظام پزشکی

این قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکمیل می شود
صحت مندرجات فرم و تعداد ..... برگ مدارک پیوست مورد تأیید اینجانب ..... (کارشناس صدور پروانه ها) است و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده 20 کامل می باشد. تاریخ: ..... امضا: .....
○ صدور پروانه بهره برداری و مسئول فنی بلامانع است. امضاء معاون درمان

در صورت وجود بیش از یک نفر موسس این فرم باید توسط کلیه موسسان به صورت جداگانه تکمیل و امضاء شود



**فرم تقبل مسئولیت فنی**

اینجانب آقای/خانم ..... پزشک عمومی/متخصص/کارشناس..... دارای شماره نظام پزشکی..... با خواندن دقیق شرح وظایف پیوست و نیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه..... مسئولیت فنی نوبت/نوبت های کاری..... را در موسسه..... از تاریخ صدور پروانه مسئول فنی، طبق قرارداد به مدت..... سال تقبل نموده و تعهد می نمایم در مدت قرارداد خود با موسسه فوق در نوبت های کاری قید شده در پروانه مسئولیت فنی، در موسسه حضور داشته و چنانچه قصد استعفا داشته باشم (غیر از موارد اضطراری) مراتب را حداقل 3 ماه پیش از ترک موسسه به موسس اطلاع دهم و در هر صورت تا 3 ماه پس از انصراف در صورت عدم معرفی مسئول فنی دیگر، مسئولیت امور موسسه به عهده اینجانب می باشد.

**نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول فنی**

9- مبالغ و شماره‌های حساب فیش‌های لازم برای صدور پروانه بهره برداری و مسئولین فنی

مبالغ لازم برای صدور پروانه بهره برداری (ریال)			مبالغ لازم برای صدور پروانه‌ی مسوول فنی (ریال)			نوع پروانه t
سایر شهرها	شهرهای دانشگاهی	تهران	سایر شهرها	شهرهای دانشگاهی	تهران	نوع مؤسسه q
1500000	2300000	2900000	220000	310000	470000	بیمارستان
470000	<u>470000</u>	470000	470000	<u>560000</u>	630000	درمان‌گاه، مرکز جراحی محدود، موسسات و مرکز تصویربرداری، مرکز درمان سوءمصرف مواد
150000	220000	320000	80000	150000	220000	سایر مؤسسات پیراپزشکی

شماره‌ی حساب فیش صدور پروانه بهره برداری: 2173319007002 = **۴۷۰۰۰۰۰ ریال**

• شماره‌ی حساب فیش صدور پروانه‌ی مسوول فنی: 2173319008000 = **۵۶۰۰۰۰۰ ریال**

• قابل واریز به حساب بانک ملی (سیبیا) شعبه‌ی شهرک قدس (کد 1458)

تذکر مهم: مبالغ تعرفه‌های فوق به استناد تصویب‌نامه‌ی شماره‌ی 194109/ت/39084 هـ مورخ 86/11/29 هیأت وزیران، ابلاغی معاون اول محترم رییس جمهور، و به منظور تسهیل کار متقاضیان در این راه‌نما درج شده است. بدیهی است در صورت صدور هر گونه تصویب‌نامه یا دستورالعمل جای‌گزین، مبالغ تعرفه‌های فوق فاقد اعتبار خواهند بود.