

استشهاد محلی

در خصوص فقدان پروانه مطب پزشکی و دفتر کار حرف وابسته

اینجانب امضاء کنندگان زیر گواهی می دهیم :

پروانه موقت / دائم □ مطب □ دفتر کار □

به شماره : مورخ : متعلق به خانم / آقای دکتر :

بشماره نظام پزشکی : فرزند : دارای شناسنامه : صادره از : متولد :

ساکن : مفقود گردیده است .

نفر اول :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه : صادره از :

آدرس و تلفن :

امضاء

نفر دوم :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه : صادره از :

آدرس و تلفن :

امضاء

نفر سوم :

نام و نام خانوادگی : نام پدر : شماره شناسنامه : صادره از :

آدرس و تلفن :

امضاء

محل تایید یکی از مراجع رسمی (محضر / کالانتري محل)