



مدارک لازم جهت صدور / تمدید پروانه مطب پزشکی و دندانپزشک متخصص

کلیه اسکن ها از روی اصل مدرک بصورت سیاه و سفید انجام شود (بجز عکس پرسنلی)
اسکن مدارک توسط سی دی به سازمان تحویل گردد .

لیست مدارک جهت ارسال از طریق سامانه پروانه آنلاین

اسکن پروانه قبلی
اسکن کارت پایان خدمت و یا معافیت
اسکن پروانه دائم
اسکن گواهی وضعیت طرح نیروی انسانی در مقطع پزشکی عمومی
اسکن گواهی تسویه حساب صندوق رفاه دانشجویان آخرین مقطع تحصیلی (بجز : دانش آموختگان خارج از کشور , دانشگاه آزاد , دارندگان دانشنامه)
اسکن دانشنامه , گواهینامه تحصیلی آخرین مقطع
اسکن گواهی پایان ضریب K
اسکن گواهی نهایی آموزش مداوم
اسکن موافقت ارگان محل خدمت (کارکنان دولت)
اسکن آخرین حکم کارگزینی (کارکنان دولت)
اسکن گواهی سابقه فعالیت از معاونت درمان (بجز کارمندان) همسر و فرزندان شهداء و فرزندان آزادگان وجانبازان بالای ۵۰٪ جانبازی : با ۲ سال سابقه کار قانونی، معرفی نامه یا کارت شناسایی معتبر بنیاد شهید و امور ایثارگران

لطفا مدارک ذیل را به همراه مدارک فوق تحویل فرمائید

عکس رنگی یک عدد پشت نویسی شده
اصل و تصویر کارت نظام پزشکی با تاریخ معتبر (در صورت عدم اعتبار کارت نظام پزشکی و یا عدم درج اعتبار بر روی کارت ، ابتدا بایستی جهت تعویض کارت اقدام گردد)
اصل و تصویر کارت ملی (پشت و رو در ۱ صفحه)
اصل پروانه قبلی
اصل و تصویر تمام صفحات شناسنامه
اصل و تصویر فیش صدور یا تمدید
اصل فیش ابطال تمبر دارایی از اداره دارایی
نامه معاونت محترم درمان دانشکده علوم پزشکی شهرستان (کارمندان محترم دانشکده نامه موافقت فوق کفایت میکند)
تکمیل فرم درخواست پروانه مطب
تسویه حساب با سایت سازمان نظام پزشکی کشور
اسکن شناسنامه، کارت نظام پزشکی، کارت ملی (بصورت سیاه و سفید از روی اصل مدرک)
اسکن عکس پرسنلی بصورت رنگی با کیفیت بالا

کلیه مدارک آقای / خانم : دکتر
شامل :

- مدارک ارسالی به سامانه پروانه آنلاین
- مدارک قابل تحویل به نظام پزشکی محل

در تاریخ : تحویل نظام پزشکی گردید. امضاء تحویل گیرنده :

- تحویل پروانه بلامانع است
- بعلت نقص مدارک پروانه تحویل نگردد

امضاء بررسی کننده :



فرم درخواست صدور پروانه مطب پزشکان و دندانپزشکان

تعهد نامه

اینجانب (نام و نام خانوادگی) : ضمن اخذ ضوابط و قوانین صنفی از سایت نظام پزشکی و مطالعه و تعهد در رعایت کامل آنها ، در صورت عدم توجه به قوانین و ضوابط صنفی ، سازمان مجاز است ضمن هرگونه برخورد قانونی ، از همکاری در تمدید پروانه یا ارائه خدمات به اینجانب خودداری نماید و اینجانب حق هرگونه اعتراض و شکایت در مراجع ذیصلاح را از خود سلب مینمایم .
همچنین تعهد مینمایم :

* پروانه درخواستی صرفاً جهت فعالیت در آدرس ذیل بوده و جهت جابجایی مطب ، مجدداً از سازمان مجوز دریافت خواهم کرد .

* ضمن دریافت دستورالعمل مشترک نظام پزشکی ، دانشکده علوم پزشکی و بیمه سلامت به همراه ابلاغ دستورالعمل بشماره : ۱۷۷۲۵ - تاریخ : ۱۳۹۳/۸/۲۷ تعهد مینمایم قبل از هرگونه انجام اطلاع رسانی و تبلیغات ، نصب تابلو ، چاپ کارت ویزیت و ... از کمیسیون نظارت بر تبلیغات مجوز دریافت نمایم .

* جهت فعالیت در مطب دوم یا مراکز دولتی یا غیر دولتی در شهر مذکور در پروانه یا شهر دیگر ، قبل از شروع فعالیت نسبت به اخذ مجوز اقدام خواهم نمود .

* حق عضویت سالانه خود را قبل از پایان سال به سازمان بپردازم .

شماره نظام پزشکی :		تلفن همراه :		کد ملی :	
فارغ التحصیل	رشته	دانشگاه	کشور	تاریخ شروع تحصیل	تاریخ فارغ التحصیلی
عمومی	پزشکی <input type="checkbox"/> دندانپزشکی <input type="checkbox"/>			/ /	/ /
تخصصی <input type="checkbox"/> پره <input type="checkbox"/>				/ /	/ /
فلوشیپ				/ /	/ /
فوق تخصص				/ /	/ /
نوع پروانه پزشکی :	دائم <input type="checkbox"/>	با انجام خدمات قانونی <input type="checkbox"/> معاف از خدمات قانونی <input type="checkbox"/>	موقت <input type="checkbox"/>	در حال انجام خدمت سربازی <input type="checkbox"/> در حال انجام طرح نیروی انسانی <input type="checkbox"/>	تاریخ صدور پروانه
شماره پروانه					
پروانه مطب قبلی	نداشته ام <input type="checkbox"/> داشته ام <input type="checkbox"/>	نام شهر پروانه مطب	شماره پروانه	تاریخ صدور پروانه	تاریخ اعتبار پروانه
				/ /	/ /
آدرسها	استان	شهر	نشانی	تلفن	
نشانی منزل					
نشانی مطب ۱					
نشانی مطب ۲					
نشانی محل کار					
وضعیت شغلی ← شاغل : دولتی <input type="checkbox"/> / غیردولتی <input type="checkbox"/> ، رسمی-پیمانی <input type="checkbox"/> / غیررسمی <input type="checkbox"/> ؛ نام محل خدمت : بازنشسته <input type="checkbox"/> غیرشاغل <input type="checkbox"/>					

مسئولیت صحت اظهارات فوق بر عهده اینجانب می باشد .

امضاء و مهر پزشک

تاریخ :

بسمه تعالی

گسترش روز افزون تبلیغات غیر واقعی شاغلان حرف پزشکی، مواد خوراکی، دارویی، آشامیدنی و بهداشتی که باعث گمراهی و سردرگمی بیماران در نهایت تحمیل هزینه های غیر ضروری و مضاعف برای مردم شده است، موج عظیمی از شکایات مردمی را روانه سیستم های نظارتی ذیربط نموده و جو نارضایتی مردم و مسئولین را از این امر در پی داشته، تا جائیکه احتمال ورود قوه قضائیه و سیستم قضائی به این مبحث در آینده خواهد بود.

علاوه بر این، شکایات مکرر فردی و گروهی همکاران و شاغلین حرف پزشکی از مداخلات سایر همکاران در فعالیت های غیر تخصصی و بدون مجوز، مزید بر علت شد تا اینکه سیستم های نظارتی را مکلف و ناگزیر به برخورد با تخلفات در این حوزه نمود. در پی هماهنگی های بعمل آمده فی مابین دانشکده علوم پزشکی، اداره بیمه سلامت و سازمان نظام پزشکی شهرستان و سایر مراجع نظارتی در این حوزه، مقرر گردید.

در اجراء بند "ج" ماده ۳ از فصل دوم قانون تشکیل سازمان نظام پزشکی مصوب ۱۳۸۳ مجلس شورای اسلامی و آئین نامه نظارت بر تبلیغات شاغلان حرف پزشکی، مواد خوراکی، دارویی، آشامیدنی و بهداشتی، کمیسیون نظارت بر تبلیغات شاغلان حرف پزشکی شهرستان که متشکل از نمایندگان محترم: شهرداری نیشابور، اداره ارشاد اسلامی شهرستان، نمایندگی مرکز صداوسیما، سازمان نظام پزشکی، دانشکده علوم پزشکی و هیات بدوی انتظامی رسیدگی به تخلفات پزشکی میباشد، در راستای انجام وظایف قانونی محوله، بصورت ویژه و جدی وارد عمل شده و با هرگونه تخلف در این رابطه طبق قانون برخورد نماید.

کلیه شاغلین و فعالان حرف پزشکی، مواد خوراکی، دارویی، آشامیدنی و بهداشتی مکلف میباشند جهت انجام هرگونه اطلاع رسانی و تبلیغات (اعم از چاپ و نشر کارت ویزیت، بروشور، تراکت، تهیه و نصب تابلو معرف مطب و مراکز، پارچه و بنر، تبلیغات در رسانه های گروهی، جراید، نشریات و...) از کمیسیون نظارت بر تبلیغات شهرستان مجوز اخذ و سپس اقدام به انجام تبلیغات و اطلاع رسانی نمایند.

همچنین ذکر موارد غیر واقعی در تبلیغات (خارج از ضوابط) جرم محسوب شده و علاوه بر جنبه انتظامی، جنبه قضائی هم خواهد داشت. متخلفین از این قانون با توجه به نوع تخلف به: دادگستری، دادسرای انتظامی، هیات بدوی انتظامی، معاونت درمان دانشکده، سازمانهای بیمه گر، شهرداری و سایر مراجع ذیصلاح معرفی تا با توجه به تخلف انتصابی بصورت فوری و خارج از نوبت با فرد خاطی برخورد قانونی (از تذکر کتبی و الزام به جمع آوری و امحاء وسایل تبلیغاتی گرفته تا عدم موافقت به ادامه فعالیت در شهرستان و تعطیلی واحد) صورت گیرد.

شماره: ۱۷۷۲۵
تاریخ: ۱۳۹۳/۸/۲۷

بسمه تعالی

همکار ارجمند جناب آقای دکتر حسین زاده
ریاست محترم کمیسیون نظارت بر تبلیغات شهرستان
سلام علیکم

احتراماً در پی هماهنگی های بعمل آمده فی مابین این سازمان، دانشکده علوم پزشکی و اداره بیمه سلامت شهرستان در خصوص نظارت و برخورد با هرگونه تبلیغات غیر قانونی، مقرر گردید آن کمیسیون محترم در راستای انجام وظایف محوله بصورت ویژه و جدی وارد عمل شده و با هرگونه تخلف در این زمینه بشدت برخورد نماید. ضمناً تصویر صورت جلسه نیز به پیوست ارسال میگردد.



دکتر محمدرضا خوشرو
رئیس هیات مدیره

گیرندگان رونوشت:

معاونت محترم درمان دانشکده، هیات مدیره محترم سازمان، ریاست محترم هیات بدوی انتظامی، دادستان محترم دادسرای انتظامی.