بسمه تعالی

فرم درخواست خدمات از سازمان نظام پزشکی

اینجانب : ..... شماره همراه : ..... شماره تلگرام : ..... تاریخ درخواست : .....

	آدرس	تلفن
منزل		
مطب۱		
مطب۲		
محل کار		

لطفاً موضوع درخواستی خود را صریح و کامل مرقوم فرمائید

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ضمناً اینجانب با مطالعه و اطلاع کامل از قوانین , ضوابط و دستورالعمل های سازمان نظام پزشکی , تعهد می نمایم که

*** هرگونه جابجایی محل فعالیت, پایان کار , شروع مجدد بکار خود را کتباً در اولین فرصت به نظام پزشکی محل اطلاع دهم در غیر اینصورت مسئول خواهم بود.**

*** قبل از هرگونه انجام اطلاع رسانی و تبلیغات , نصب تابلو , چاپ کارت ویزیت , تراکت و ... از کمیسیون نظارت بر تبلیغات مجوز دریافت شود.**

مهر و امضاء پزشک

اظهار نظر دانشکده علوم پزشکی شهرستان (در موارد مرتبط) :

امضاء دانشکده

تسویه حساب با سازمان ☐ **بروز رسانی آمار** ☐ **بروز رسانی اتوماسیون** ☐ **تایید حضور در کانال خبری** ☐

امضاء کاربر سازمان