

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران
فرم درخواست مجوز مطب دوم

توجه :

- ۱- بمنظور رفاه حال همشهریان و تمرکز زدایی خدمات درمانی و بااستناد مصوبه ۱۳۹۰/۱۰/۵ هیات مدیره سازمان نظام پزشکی شهرستان نیشابور ، حد فاصل پنجراه ، بی بی شیطیه ، ضلع جنوبی بلوار بعثت ، ضلع شمالی سیمتری طالقانی مجوز فعالیت دوم صادر نخواهد شد.
- ۲- شروع ساعت کاری هر شیفت بایستی ۱ ساعت پس از خاتمه شیفت کاری قبلی در نظر گرفته شود.

مشخصات متقاضی :

نام و نام خانوادگی:	کد ملی :	شماره نظام پزشکی :
تلفن همراه :	شماره تلگرام :	تلفن منزل :
آدرس منزل :		

مدرک تحصیلی :

مقطع	رشته / تخصص	دانشگاه	شهر	کشور	تاریخ اخذ مدرک

مشخصات پروانه مطب :

شهر قیدشده در پروانه	تاریخ صدور (دقیق)	پایان اعتبار (دقیق)

محل‌های فعالیت فعلی : (کلیه محل‌های فعالیت اعم از دولتی ، غیر دولتی ، مطب و ... ذکر گردد)

محل مطب / کار	تاریخ تاسیس	روزهای کاری هفته	ساعات شیفت صبح	ساعات شیفت عصر	ساعات شیفت شب	تلفن
اول						
آدرس مطب /محل کار اول :						

محل کار /مطب	تاریخ تاسیس	روزهای کاری هفته	ساعات شیفت صبح	ساعات شیفت عصر	ساعات شیفت شب	تلفن
دوم						
آدرس مطب /محل کار دوم :						

محل کار /مطب	تاریخ تاسیس	روزهای کاری هفته	ساعات شیفت صبح	ساعات شیفت عصر	ساعات شیفت شب	تلفن
سوم						
آدرس مطب /محل کار سوم :						

اینجانب تعهد مینمایم :

- ۱- بجز محل های فوق در هیچ مرکز دولتی ، خصوصی ، خیریه و ... مشغول به فعالیت صنفی نمی باشم .
- ۲- هرگونه تغییر اطلاعات خود را سریعاً بصورت مکتوب به سازمان نظام پزشکی اعلام نمایم .

امضاء متقاضی تاریخ :

بررسی اطلاعات سازمانی

مالی اتوماسیون آمار تاریخ اعتبار پروانه :

امضاء کاربر

محل اظهار نظر اداره نظارت بر درمان دانشکده علوم پزشکی