



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان

فرم درخواست بهره‌برداری مرکز

ارائه خدمات و مراقبتهای بالینی در منزل

توزع معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



فرم ارزیابی و بهره برداری مرکز ارائه خدمات و مراقبتهای بالینی در منزل

نام موسسه :

نام موسی / موسسین:

- دولتی : نوع وابستگی خصوصی تعاونی غیره
 مستقل ملکی : نوع مالکیت استیجاری غیره
 زمین می باشد در حال احداث آماده بهره برداری : وضعیت ساختمانی

مشخصات کلی ساختمان مرکز

- مساحت کل مرکز متر مربع مساحت زیربنا متر مربع
- تعداد طبقات

آدرس دقیق موسسه / مرکز

شهر : منطقه شهرداری : خیابان : کوچه :

پلاک : طبقه : واحد : جنب : تلفن تماس ثابت :

همراه

کروکی دقیق مؤسسه / مرکز

نام و امضاء متقاضی / نماینده موسسه :

تاریخ درخواست :

نظریه کارشناسان مرحله اول :

مورد تائید میباشد مورد تائید نمی باشد پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تائید میباشد مورد تائید نمی باشد پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تائید میباشد مورد تائید نمی باشد پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تائید میگردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-