



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم درخواست بهره‌برداری مرکز

# جراحی محدود و سرپایی

حوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

باسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس  
اداره ارزیابی و صدور پروانه های مؤسسات درمانی

**فرم ارزیابی و بهره برداری مرکز جراحی محدود**

نام موسسه :

نام موسی / موسسین:

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

**مشخصات کلی ساختمان مرکز**

- مساحت کل مرکز ..... متر مربع
- مساحت زیر بنا ..... 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 تأیید می باشد  مورد تأیید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله دوم :

مورد تأیید می باشد  مورد تأیید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-

نظریه کارشناسان مرحله سوم :

مورد تأیید می باشد  مورد تأیید نمی باشد  پس از رفع نواقص و بازدید مجدد تأیید می گردد

نام و امضاء کارشناسان : ۱-

۲-