



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان همدان

فرم درخواست بهره‌برداری موسسه

ساخت و فروش عینک طبی

خوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



فرم ارزیابی و بهره برداری موسسه ساخت و فروش عینک طبی

نام موسسه :

نام موسی / موسسین:

- دولتی : نوع وابستگی خصوصی تعاونی غیره
 مستقل : محل استقرار مستقر در درمانگاه مستقر در بیمارستان
 مستقل ملکی : نوع مالکیت استیجاری غیره
 صبح : نوع فعالیت موسسه عصر شبانه روزی
 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 موسسه / مرکز

نام و امضاء متقاضی / نماینده موسسه :

تاریخ درخواست :

(۴) لیست تجهیزات :

ردیف	نام دستگاه	تعداد	مدل دستگاه	شماره سریال	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

نکته: لیست نواقص تجهیزات خاصی که در فرم مذکور عنوان نشده است شامل :

.....

.....

بلی خیر

• لیست تجهیزات موجود مطابق با آئین نامه می باشد.

(۵) نیروی انسانی:**لیست اسامی پرسنل موجود در موسسه**

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	مدرک تحصیلی	سابقه کار	ملاحظات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					

توضیحات:.....

.....

بلی خیر

• نیروی انسانی معرفی شده مطابق با آئین نامه می باشد.

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-