



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم درخواست بهره‌برداری

دانشگاه تخصصی چشم پزشکی

نوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



فرم ارزیابی و بهره برداری درمانگاه تخصصی چشم پزشکی

نام موسسه :

نام موسس / 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 زیرینا متر مربع
- تعداد طبقات
- کاربری هر طبقه به تفکیک :

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-