



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

فرم درخواست بهره‌برداری مرکز

خدمات آموچانس خصوصی

خوزه معاونت درمان

(اداره ارزیابی و صدور پروانه)



فرم ارزیابی و بهره برداری مرکز آمبولانسی خصوصی

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

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

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-