



فرم مشخصات فردی : تحصیلی و حرفه ای

.....

۳- شماره نظام پزشکی:

۲- تاریخ:

۱- نام و نام خانوادگی:

First Name Last Name

۴- کد ملی		نشانی	شهر	استان	۵- آدرس ها
کد پستی ده رقمی	تلفن				

E.mail : تلفن همراه : نشانی مکاتبه ای: منزل مطب ۱ مطب ۲ محل کار

۶- باز نشستگی اشتغال هیأت علمی دولتی آزاد نام محل خدمت: پست سازمانی:

۷- مدارک تحصیلی	رتبه	نام دانشگاه محل تحصیل	شماره	کشور	تاریخ فارغ التحصیلی روز / ماه / سال
لیسانس					/ /
فوق لیسانس					/ /
دکترای PhD					/ /
دکترای حرفه ای					/ /
تخصص <input type="checkbox"/> بورده <input type="checkbox"/> پاره بورده					/ /
فوق تخصص <input type="checkbox"/> ثانیه <input type="checkbox"/> پاره بورده					/ /
فلوشیپ <input type="checkbox"/> تخصصی <input type="checkbox"/> فوق تخصصی					/ /

۸- در حال حاضر دانشجوی / دستیار رشته: دانشگاه: مقطع: ورودی سال: میباشم.

۹- نام و نام خانوادگی همسر		محل اشتغال همسر		مدیرک تحصیلی همسر	
پروانه موقت	پروانه دائم	گو اید نامه موقت تحصیلی	معرفی نامه اعزام به طرح	ایلاخیه یا پروانه دستوری	دانشنامه تحصیلی
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۱۰- وضعیت پروانه مطب/ مجوز دفتر کار

فاقد پروانه مطب/ مجوز دفتر کار

دارای پروانه مطب آزاد

دارای پروانه مطب مشروط (نوع شرط قید شود:

دارای مجوز اشتغال در مراکز درمانی (تام مرکز درمانی:

دارای مجوز دفتر کار

تاریخ اعتبار	تاریخ صدور	شماره پروانه	نام شهر

پروانه مطب/ مجوز دفتر کار فعلی

۱۱- وضعیت نظام وظیفه

پایان خدمت در حال گذراندن معافیت از خدمت

محل	تاریخ شروع	تاریخ تمام

۱۲- وضعیت طرح نیروی انسانی

پایان طرح در حال گذراندن معافیت از طرح

محل	تاریخ شروع	تاریخ تمام

۱۳- وضعیت ضریب k

پایان ضریب k در حال گذراندن معافیت از ضریب k

محل	تاریخ شروع	تاریخ تمام

۱۴- نمونه خط نسخه ای Acetaminophen	۱۶- امضاء	۱۷- مهر نظام پزشکی	محل مهر و ثبت نام نظام پزشکی شهر:
---------------------------------------	-----------	--------------------	---

اینجانب.....صحت تمام اظهارات فوق را اعلم و تایید مینمایم و کلیه مسوولیت های ناشی از عدم تکمیل دقیق و مختار آن با واقعبین را می پذیرم.



تاریخ :

شماره :

فرم درخواست صدور / تمدید مجوز تاسیس مطب / دفتر کار

اینجانب به شماره نظام پزشکی دارای مدرک

تحصیلی متقاضی صدور تمدید پروانه خود به شرح ذیل می باشم

پروانه مطب شهر

مجوز فعالیت در مرکز درمانی واقع در شهر

مجوز دفتر کار به آدرس

مهر و امضاء

تاریخ

این قسمت توسط کارشناس تکمیل گردد :

<input type="checkbox"/> مدارک کامل است	<input type="checkbox"/> مدارک ناقص است : نوع نقص :
	۱- ۲- ۳-
<input type="checkbox"/> نوع پروانه : آزاد <input type="checkbox"/> مشروط <input type="checkbox"/> تبصره ۷	
امضاء	

محل تأیید نهایی :

«تعهدنامه»

اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی
دارای مدرک تحصیلی بدینوسیله اعلام میدارم متخصص و یا دستیار هیچ
یک از رشته های تخصصی / فلوشیپ / فوق تخصصی نمی باشم .

مهر و امضاء

تاریخ :

اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی
به اطلاع میرساند که از کلیه مقررات و ضوابط مربوطه به ممنوعیت فعالیت و دارا بودن پروانه مطب دو
شهر به طور همزمان و فعالیت بدون داشتن پروانه مطب آگاهی دارم .

مهر و امضاء

تاریخ :

اینجانب دکتر به شماره نظام پزشکی
تعهد می نمایم در صورت شروع به کار در مطب / دفتر کار و یا مراکز درمانی مراتب را با قید آدرس ،
ایام و ساعات کاری به سازمان نظام پزشکی و معاونت درمان دانشگاه مربوطه اعلام نمایم ، در غیر
این صورت هر گونه عدم تأیید سوابق کاری توسط مراجع فوق را می پذیرم .

مهر و امضاء

تاریخ :

مدارک لازم جهت صدور پروانه مطب پزشکان

- ۱- درخواست کتبی متقاضی
- ۲- نامه موافقت شبکه بهداشت (در صورت استخدام و یا در حال گذراندن طرح یا ضریب کا، عدم نیاز از دانشگاه آورده شود)
- ۳- دو قطعه عکس ۴ × ۳ رنگی پشت نویس شده
- ۴- کپی از تمام صفحات شناسنامه (۲ سری)
- ۵- کپی از کارت نظام و ملی و پایان خدمت (دو طرفه) (۲ سری)
- ۶- کپی پروانه دائم یا موقت
- ۷- گواهی نهایی بازآموزی
- ۸- اصل و کپی پروانه مطب قبلی (در صورت دارا بودن)
- ۹- تکمیل فرمهای مربوطه در سازمان
- ۱۰- گواهی صندوق رفاه دانشجویی
- ۱۱- کپی شروع طرح یا پایان طرح - در مورد متخصصین شروع ضریب کا
- ۱۲- کپی آخرین حکم استخدامی (در صورت استخدامی)
- ۱۳- پرداخت حق عضویت سالیانه به مبلغ ریال
- ۱۴- به حساب ۰۱۰۵۹۸۷۴۶۸۰۰۶ بانک ملی مرکزی مینودشت بنام سازمان پرداخت مبلغ ریال
- ۱۵- پرداخت مبلغ ریال
- به حساب ۰۱۰۷۴۷۵۵۱۹۰۰۶ بانک ملی شعبه نهارخوران گرگان به نام سازمان نظام پزشکی گرگان کد ۹۲۳۴
- ۱۶- پرداخت مبلغ ۱۰۰/۰۰۰ ریال بابت حق ابطال تمبر (صدور پروانه) (فیش از اداره امور مالیاتی شهر مربوطه)
- ۱۷- مبلغ ۵۰/۰۰۰ ریال بابت هزینه پست

مدارک لازم جهت تمدید پروانه مطب پزشکان

- ۱- درخواست کتبی متقاضی
- ۲- نامه موافقت شبکه بهداشت (در صورت استخدام و یا در حال گذراندن طرح یا ضریب کا، عدم نیاز از دانشگاه آورده شود)
- ۳- دو قطعه عکس ۴ × ۳ رنگی پشت نویس شده
- ۴- کپی از تمام صفحات شناسنامه
- ۵- کپی از کارت نظام و ملی و پایان خدمت (دو طرفه)
- ۶- کپی پروانه دائم یا موقت
- ۷- گواهی نهایی بازآموزی
- ۸- اصل و کپی پروانه مطب قبلی
- ۹- تکمیل فرمهای مربوطه در سازمان
- ۱۰- گواهی صندوق رفاه دانشجویی
- ۱۱- کپی شروع طرح یا پایان طرح - در مورد متخصصین شروع ضریب کا
- ۱۲- کپی آخرین حکم استخدامی (در صورت استخدامی)
- ۱۳- پرداخت حق عضویت سالیانه به مبلغ ریال
- ۱۴- به حساب ۰۱۰۵۹۸۷۴۶۸۰۰۶ بانک ملی مرکزی مینودشت بنام سازمان پرداخت مبلغ ریال
- ۱۵- پرداخت مبلغ ریال
- به حساب ۰۱۰۷۴۷۵۵۱۹۰۰۶ بانک ملی شعبه نهارخوران گرگان به نام سازمان نظام پزشکی گرگان کد ۹۲۳۴
- ۱۶- پرداخت مبلغ ۱۰۰/۰۰۰ ریال بابت حق ابطال تمبر به دارایی شهر مربوطه (اگر قبلا پرداخت شده باشد نیازی به پرداخت مجدد نمی باشد)
- ۱۷- مبلغ ۵۰/۰۰۰ ریال بابت هزینه پست