

پیوست شماره ۲
فرم درخواست ایجاد پایگاه سلامت

الف : شخصیت متقاضی حقیقی حقوقی
ب : مشخصات متقاضی

۱	نام و نام خانوادگی	نام پدر
۲	متولد	شماره شناسنامه : صادره از :
۳	مدرک تحصیلی	سال فارغ التحصیلی : دانشگاه محل تحصیل :
۱۰	نام شرکت / مؤسسه	شماره ثبت شرکت :
۱۱	شماره نظام پزشکی (در مورد پزشک و ماما)	
۱۳	آیا در منطقه مورد تقاضا خدمت کرده اید؟	بله <input type="checkbox"/>
		محل خدمت : تاریخ شروع : ادامه دارد <input type="checkbox"/>
		مسئولیت : تاریخ خاتمه :
		خیر <input type="checkbox"/>
۱۴	آیا مشمول طرح نیروی انسانی بوده و گذراننده اید؟	بله <input type="checkbox"/>
		محل گذراندن طرح: تاریخ شروع: ادامه دارد <input type="checkbox"/>
		تاریخ خاتمه :
		خیر <input type="checkbox"/>
سابقه فعالیتها ی بهداشتی درمانی در استان و شهرستان		
	نام پایگاه/ مرکز	تاریخ شروع
		تاریخ خاتمه
-۱		
-۲		
-۳		

ب- مشخصات پایگاه مورد تقاضا:

۱	شبکه بهداشت / مرکز بهداشت	آدرس محدوده پیشنهادی :
۲	آیا در منطقه پیشنهادی ساختمان ملکی دارید؟	بله <input type="checkbox"/>
		خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا در منطقه پیشنهادی دارای ساختمان استیجاری با اجاره نامه بیش از ۵ سال هستید؟	بله <input type="checkbox"/>
		خیر <input type="checkbox"/>
۴	در صورت پاسخ مثبت به سؤال فوق مشخصات ملک را ذکر فرمایید	زیر بنا متر مربع
		واقع در طبقه

تذکر مهم: در صورتی که قصد راه اندازی پایگاه در ساختمان ملکی / استیجاری خود را دارید تصویر اسناد مالکیت / اجاره نامه های خود را پیوست فرمایید.
اینجانب صحت کلیه موارد بالا را تایید می کنم و تمامی صفحات و مفاد راهنمای واگذاری پایگاههای سلامت را با دقت مطالعه نموده و تمامی شرایط آن را قبول دارم و در صورت برنده شدن هزینه چاپ آگهی را پرداخت مینمایم .

محل مهر و امضا

تاریخ: