


محل عکس

کد مدرک 09 FM 57 01	فرم	 سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
	تقاضانامه مؤسس (مؤسسه)	

تاریخ :

۱- اینجانب آقا/ خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... سال ..... به شماره ملی ..... مؤسس ..... فارغ التحصیل رشته ..... در مقطع ..... فارغ التحصیل سال ..... دانشگاه ..... به شماره نظام پزشکی ..... و دارای پروانه تأسیس یا مجوز به شماره ..... مورخ ..... و تاریخ اعتبار تا ..... به

۲- اینجانب آقا/ خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... متولد ..... سال ..... به شماره ملی ..... مؤسس ..... فارغ التحصیل رشته ..... در مقطع ..... فارغ التحصیل سال ..... دانشگاه ..... به شماره نظام پزشکی ..... و دارای پروانه تأسیس یا مجوز به شماره ..... مورخ ..... و تاریخ اعتبار تا .....

منظور ارائه خدمات تشخیصی درمانی به بیمه شدگان صندوق بیمه خدمات درمانی تقاضای عقد/تجدید/فسخ قرارداد همکاری با آن اداره کل به نمایندگی از سازمان بیمه خدمات درمانی دارم.

دیگرسازمانهای بیمه گردرمان طرف قرارداد:  تأمین اجتماعی  نیروهای مسلح  کمیته امداد  سایر

تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی: منطقه شهرداری:

نوع وابستگی مؤسسه: دولتی دانشگاهی  دولتی غیردانشگاهی  عمومی غیردولتی  خصوصی  خیریه   
زمان فعالیت مؤسسه:  صبح از ..... تا .....  عصر از ..... تا .....  روزهای تعطیل از ..... تا .....  شبانه روزی  
سایر فعالیتهای اداری یا تشخیصی درمانی متقاضی:

۱- ..... روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....

۲- ..... روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....

شماره حساب بانکی ..... نزد شعبه ..... کد ..... بانک .....

تلفن مؤسسه: ..... پست الکترونیکی مؤسسه: ..... نامبر مؤسسه: ..... تلفن تماس ضروری:


تلفن همراه مؤسس: .....

نشانی مؤسسه: استان ..... شهرستان ..... شهر .....

Email:

.....

کروکی مؤسسه:

کد مدرک  09 FM 57 01	فرم	 سازمان بیمه خدمات درمانی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان
	تقاضانامه مؤسس (مؤسسه)	

مشخصات مسئول / مسئولان فنی مؤسسه :

۱- مسئول فنی شیفت ..... : آقا/خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... فارغ  
التحصیل رشته ..... در مقطع ..... به شماره نظام پزشکی ..... دارای پروانه مسئول فنی یا مجوز جایگزین به شماره  
..... مورخ ..... و تاریخ اعتبار تا .....

سایر فعالیتهای بهداشتی درمانی :

۱- روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....  
۲- روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....

..... مهر و امضاء مسئول فنی

۲- مسئول فنی شیفت ..... : آقا/خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... فارغ  
التحصیل رشته ..... در مقطع ..... به شماره نظام پزشکی ..... دارای پروانه مسئول فنی یا مجوز جایگزین به شماره  
..... مورخ ..... و تاریخ اعتبار تا .....

سایر فعالیتهای بهداشتی درمانی :

۱- روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....  
۲- روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....

..... مهر و امضاء مسئول فنی

۳- مسئول فنی شیفت ..... : آقا/خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... صادره از ..... فارغ  
التحصیل رشته ..... در مقطع ..... به شماره نظام پزشکی ..... دارای پروانه مسئول فنی یا مجوز جایگزین به شماره  
..... مورخ ..... و تاریخ اعتبار تا .....

سایر فعالیتهای بهداشتی درمانی :

۱- روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....  
۲- روزهای ..... از ساعت ..... تا ساعت ..... در محل .....

..... مهر و امضاء مسئول فنی

..... مهر و امضاء مؤسس

واحد اجرایی رسیدگی کننده به صورتحسابهای مراکز/ اداره امور مالی اداره کل استان

احتراماً، بدین وسیله به استحضار می رساند : با استناد به قراردادنامه شماره ..... مورخ ..... و میان اداره کل استان  
..... و خانم/ آقای ..... با مشخصات مندرج در تقاضانامه، نامبرده از تاریخ ..... لغایت.....، به منظور ارائه خدمات  
تشخیصی درمانی به بیمه شدگان سازمان در قالب مطب/مؤسسه ..... کد ..... با سقف نسخ نامحدود/تعدادی به میزان .....  
نسخه/ مالی به میزان ..... ریال در هر ماه، طرف قرارداد سازمان بوده، مجاز به ارائه خدمات جنبی ذیل می باشد :

۱-	۴-	۷-
۲-	۵-	۸-
۳-	۶-	۹-

مستدعی است دستور فرمایید نسبت به پذیرش اسناد/پرداخت صورتحساب مربوطه اقدامات لازم طبق ضوابط معمول گردد.

امضاء رئیس اداره نظارت و ارزشیابی