



نام و نام خانوادگی پزشک / موسس مرکز:

شماره نظام پزشکی:

پزشک خانواده می باشم

نام و نام خانوادگی نظام پزشکی جانشین:

شماره نظام پزشکی جانشین:

نام و نام خانوادگی دستیار:

عنوان تخصص:

نام مرکز:

آدرس پستی مرکز:

کد پستی مرکز:

شماره تلفن مرکز:

شماره همراه:

ساعت و روز های حضور پزشک در مطب یا مسئول فنی در مرکز:

شنبه یکشنبه دوشنبه سه شنبه چهارشنبه پنجشنبه شنبه لغایت پنجشنبه

صبح ساعت: الی / عصر ساعت: الی

مهر و امضای پزشک / موسس مرکز

کروکی مرکز:

شمال

