

کد: F/As-pa/03

ویرایش: اول

صفحه: 1 از 1

مدیریت درمان تامین اجتماعی استان فارس

دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی

موضوع: مشخصات مؤسسه پاراکلینیک طرف قرارداد



سازمان تامین اجتماعی  
مدیریت درمان استان فارس

کد کامپیوتری: ..... :زمینه کاری: .....

تاریخ تایید کمیته: ..... :نوع قرارداد: اولیه  مجدد

نام پاراکلینیک: ..... :تاریخ اعتبار پروانه: ...../...../.....

شماره حساب: ..... :نوع حساب: ..... :نام بانک: ..... :شعبه: .....

شماره قرارداد: ..... :تاریخ شروع: ...../...../.....

کد اقتصادی: ..... :تاریخ تأسیس: ...../...../.....

نوع مالکیت: خصوصی  دولتی  نوع کارکرد: ..... :ساعات کاری: .....

نام و نام خانوادگی	تحصیلات	ساعات کاری	اعتبار پروانه
موسس			
1	مسئول فنی		
2	مسئول فنی		
3	مسئول فنی		
4	مسئول فنی		

شهر محل خدمت: .....

آدرس: ..... :تلفن: .....

اقدامات تشویقی و بازدارنده:

تذکر شفاهی	تذکر کتبی	تعليق موقت	لغو قرارداد

آدرس پست الکترونیک: .....@......com	کدپستی مرکز: .....	شماره همراه موسس: .....
-------------------------------------	--------------------	-------------------------

کد کارگاه: ..... کد شعبه: .....

ریاست دفتر

مسئول واحد