



موضوع: درخواست قرارداد همکاری ( موسسات پاراکلینیک )

معاونت محترم خرید راهبردی و اسناد پزشکی مدیریت درمان استان فارس

جناب آقای دکتر کریم آقایی

با سلام

احتراما اینجانب آقای/خانم ..... با کد ملی .....

موسس ..... با مسئولیت فنی افراد زیر، تقاضای همکاری با آن سازمان را دارم.

تصویربرداری: آقای/خانم

آزمایشگاه: آقای/خانم

فیزیوتراپی: آقای/خانم

تعارف:  دولتی  خیریه  خصوصی

آدرس موسسه:

.....

کدپستی موسسه: .....

تلفن ثابت موسسه: ..... تلفن همراه موسس: .....

شایان ذکر است تصویر کارت نظام پزشکی، پروانه بهره برداری موسسه به شماره:

با اعتبار ..... / ..... / .....، پروانه مسئول فنی به شماره ..... با اعتبار ..... / ..... / .....

و فرم درخواست بازدید اولیه ضمیمه درخواست می باشد.

مهر و امضاء پزشک

مدارک لازم جهت طرح در کمیته عقد قرارداد کامل می باشد. بررسی در کمیته بلامانع است.

رییس اداره رتبه بندی فراهم کنندگان و خرید راهبردی

مسئول محترم واحد .....

با توجه به صورتجلسه شماره ..... مورخ ..... / ..... / ..... عقد قرارداد به شرط نسخه نویسی الکترونیک از تاریخ ..... / ..... / .....

بلامانع است.

معاونت خرید راهبردی و اسناد پزشکی



موضوع: درخواست قرارداد همکاری ( موسسات پاراکینیک )

مشخصات موسس:

نام و نام خانوادگی: کد ملی: نام موسسه:

شماره نظام پزشکی: نشانی موسسه:

کدپستی: تلفن موسسه: تلفن همراه:

ایمیل: @ تاریخ تاسیس:

ساعات فعالیت: صبح از ساعت: تا ساعت: عصر از ساعت: تا ساعت:

سوابق همکاری با سازمان های بیمه گر:

تامین اجتماعی  خدمات درمانی نیروهای مسلح  بیمه سلامت  کمیته امداد  سایر

آخرین مدرک تحصیلی: نام دانشگاه: تاریخ دریافت مدرک: / /

مشخصات مسئول یا مسئولین فنی:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی: ساعات حضور:

شماره مجوز یا پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار: نمونه مهر و امضاء:



## موضوع: درخواست قرارداد همکاری ( موسسات پاراکلینیک )

## مشخصات پاراکلینیک

نام پاراکلینیک: کد پاراکلینیک:

## مشخصات موسس:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: کد ملی: شماره شناسنامه: تاریخ تولد: جنسیت:  زن  مرد  تلفن همراه پزشکی: تلفن ثابت پاراکلینیک: پست الکترونیک:

## اطلاعات پروانه:

شماره پروانه تاسیس: تاریخ تاسیس: تاریخ شروع بکار: (نامه دانشگاه) کد کارگاه: شماره پروانه مسئول فنی: تاریخ اعتبار پروانه: کد اقتصادی (جهت موسسات حقوقی): کد سیام:

## آدرس:

استان: شهر: کد پستی پاراکلینیک: آدرس:

## شیفت کاری:

 نیمه وقت صبح  نیمه وقت عصر  تمام وقت روزانه  شبانه روزی

## ساعت فعالیت:

صبح از ساعت تا عصر از ساعت تا

## مالکیت:

 خصوصی  دانشگاهی  نهاد  نیروهای مسلح  خیریه

## اطلاعات حساب بانکی

نام صاحب حساب (موسس): کد ملی موسس: شماره حساب: بانک رفاه شعبه: کد شعبه: نوع حساب:

 جاری همراه  کوتاه مدت همراه  پس انداز همراه

## سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر:

 تأمین اجتماعی  بیمه سلامت  خدمات درمانی نیروهای مسلح  کمیته امداد  سایر موارد

## روزهای حضور مسئول فنی:

نام و نام خانوادگی مسئول فنی	شماره نظام پزشکی	تاریخ اعتبار پروانه	شماره پروانه	روزهای حضور	ساعت حضور

مهر و امضاء موسس پاراکلینیک

موضوع: درخواست قرارداد همکاری ( موسسات پاراکلینیک )

ردیف	مشخصات صاحب حساب / بانک	مشخصات حساب / بانک
۱	نام و نام خانوادگی پزشک / موسس	
۲	شماره نظام پزشکی یا کد مرکز (جهت پاراکلینیک یا داروخانه)	
۳	نام بانک (رفاه)	
۴	نام شعبه	
۵	کد شعبه	
۶	نوع حساب ( جاری همراه / پس انداز همراه...)	
۷	نام صاحب حساب	
۸	شماره حساب	
۹	شماره شبا	

نام و نام خانوادگی پزشک / موسس  
مهر و امضاء



## موضوع: درخواست قرارداد همکاری ( موسسات پاراکینیک )

نام مرکز: ..... تاریخ بازدید: .....

نام و نام خانوادگی پزشک (مسئول فنی): ..... شماره نظام پزشکی: ..... ساعت بازدید: .....

آدرس مطب: .....

کدپستی مطب: ..... تلفن ثابت: ..... تلفن همراه پزشک: .....

ساعت پذیرش بیمار « ..... صبح از ساعت ..... تا ..... عصر از ساعت ..... تا ..... شبانه روزی

نوع مرکز متقاضی:

<input type="checkbox"/> پزشک عمومی	<input type="checkbox"/> دندانپزشک	<input type="checkbox"/> پزشک خانواده	<input type="checkbox"/> متخصص	<input type="checkbox"/> فوق تخصص	عنوان تخصص: .....
<input type="checkbox"/> داروخانه	<input type="checkbox"/> آزمایشگاه	<input type="checkbox"/> فیزیوتراپی	<input type="checkbox"/> پرتو پزشکی	<input type="checkbox"/> درمانگاه	<input type="checkbox"/> بیمارستان
سایر موارد: .....					

شیفت کار:

<input type="checkbox"/> صبح	<input type="checkbox"/> عصر	<input type="checkbox"/> صبح و عصر	<input type="checkbox"/> شبانه روزی	ساعت حضور پزشک (مسئول فنی): .....
------------------------------	------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

کروکی مرکز:	امضاء مسئول امور قراردادها
<p>داره رتبه بندی فراهم کنندگان خدمات و خرید راهبردی</p>	

دستور و امضاء رئیس واحد نظارت و بازرسی	امضاء و نظر کارشناس بازرسی:
--	-----------------------------

مهر و امضاء پزشک (موسس مرکز)

مهر و امضاء بازرسان