



مدیریت بهداشت و فرمای پزشکی
ایران
SheetNo:66
1398/04/01-V3

شناسنامه مراکز آمبولانس خصوصی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

کد مرکز	نام مرکز	نام مؤسسه	نام شرکت تأسیس کننده	سال تأسیس	شماره پروانه	تاریخ صدور پروانه	تاریخ آخرین تمدید پروانه	شماره تلفنهای مرکز	فکس
آدرس:									
Email:									
مجموع مأموریتهای سال گذشته:									
نوع مالکیت مؤسسه: <input type="checkbox"/> حقوقی <input type="checkbox"/> خصوصی <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> خیریه									
تعداد اتاق:									
متراژ ساختمان:									
ظرفیت پارکینگ:									
تأییده بهداشت: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد									
تأییده اماکن: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد									
نوع مالکیت ساختمان: <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> وقفی <input type="checkbox"/> دولتی									

جدول موسس/موسسین

نام و نام خانوادگی	کد ملی	سمت (موسس/مدیرعامل)	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	تلفن ثابت	تلفن همراه

جدول مسئولین فنی

نام و نام خانوادگی	کد ملی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	شماره پروانه	تاریخ پروانه	تاریخ آخرین تمدید پروانه	تلفن ثابت	تلفن همراه	شماره نظام پزشکی	شیفت تصدی

جدول تکنسین

نام و نام خانوادگی	کد عملیاتی	کد ملی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	تلفن ثابت	تلفن همراه	گواهی شرکت در دوره های آموزشی

جدول رانندگان

نام و نام خانوادگی	کد عملیاتی	کد ملی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	تلفن ثابت	تلفن همراه	گواهی شرکت در دوره های آموزشی

جدول اپراتور مرکز

نام و نام خانوادگی	کد عملیاتی	کد ملی	مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی	تلفن ثابت	تلفن همراه	گواهی شرکت در دوره های آموزشی

جدول آمبولانس

ردیف	کد آمبولانس	برند	تیپ	سال ساخت	شماره موتور (به صورت کامل)	شماره شاسی (به صورت کامل)	شماره پلاک	تاریخ صدور کارت معاینه طبی	تاریخ انقضاء کارت معاینه طبی

اینجانب..... مدیر مرکز آمبولانس خصوصی..... صحت اطلاعات مندرج را تأیید می نمایم

مهر و امضاء مدیر عامل مرکز