



Sheet No: 111
1399/02/06-V1

اورژانس پیش بیمارستانی و مدیریت حوادث دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
شناسنامه مهر و اتیکت پرسنل فوریت‌های پزشکی

مشخصات متقاضی	
نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
سمت:	نام واحد:
شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:
محل امضاء	
تأییدیه بالاترین مقام واحد	
نام و نام خانوادگی:	سمت:
تاریخ:	مهر و امضاء
تأییدیه کارپرداز	
نام فروشگاه/شرکت سازنده مهر:	نام، نام خانوادگی مهر و امضاء کارپرداز
آدرس محل تحویل مهر:	
رسید و تعهد نامه تحویل مهر	
گواهی می شود اینجانب:	در تاریخ
تعداد	عدد <input type="checkbox"/> اتیکت و
عدد <input type="checkbox"/> مهر (طبق نمونه مقابل) جهت	واحد:
از حراست مرکز دریافت نموده و متعهد می گردم با رعایت قوانین و مقررات نسبت به حفظ و نگهداری و استفاده صحیح از آن کوشا بوده، در صورت هرگونه ایراد احتمالی نظیر مفقودی، سرقت، آسیب دیدگی، سوء استفاده غیر و... موارد را سریعاً به واحد حراست اطلاع رسانی نمایم. همچنین برابر مقررات تمام مسئولیتهای ناشی از استفاده از این مهر بر عهده اینجانب خواهد بود.	
امضاء تحویل گیرنده مهر	نمونه مهر
امحاء/عودت مهر	
خواهشمند است به دلیل	در خصوص عودت / امحاء :
مقابل اقدام لازم بعمل آید.	عدد <input type="checkbox"/> اتیکت و
نام و نام خانوادگی /امضاء تحویل دهنده مهر	عدد <input type="checkbox"/> مهر طبق نمونه
نام و نام خانوادگی /امضاء تحویل گیرنده مهر (حراست)	نمونه مهر