



دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

معاونت درمان

اداره صدور پروانه‌ها

تاریخ:

شماره:

پیوست:

درخواست بازدید / بررسی نقشه مراکز درمانی

بیمارستان، جراحی محدود، درمان ناباروری، درمانگاه، جامع توانبخشی و درمان سوءمصرف مواد

اداره طرح و برنامه

با سلام

(در حال تأسیس)

احتراماً خواهشمند است نسبت به بازدید / بررسی نقشه مرکز درمانی

خانم/آقای

منطقه شهرداری:

تاریخ اعتبار:

تاریخ صدور:

دارای موافقت اصولی شماره:

به نشانی:

تلفن ثابت و همراه جهت هماهنگی:

اقدام و گزارش بازدید / بررسی نقشه را به این اداره ارسال فرمایید.

موارد مد نظر:

بازدید اولیه مکان پیشنهادی و اظهار نظر در خصوص تأیید یا عدم تأیید مکان

بررسی نقشه ارائه شده

بررسی رفع نواقص اعلام شده در بازدید / بررسی نقشه قبلی

گزارش بازدید نهایی با ذکر متراز و فضاهای آماده شده

سایر موارد:

مدارک پیوست:

درخواست بازدید / بررسی نقشه متقاضی

کروکی دقیق مکان پیشنهادی

تصویر فیش بانکی

نقشه‌های پیشنهادی

نقشه‌های پیشنهادی اصلاح شده

گزارش بازدید اولیه / بررسی نقشه / بازدید نهایی قبلی

با تشکر

اداره صدور پروانه‌ها

