



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

فرم اطلاعات شناسنامه‌ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی

شماره ۱

مشخصات مؤسسه	
نوع مؤسسه (بر اساس متن پروانه تأسیس / بهره برداری):	
نام مؤسسه (بر اساس متن پروانه تأسیس / بهره برداری):	
<small>(در صورتی که مؤسسه فاقد نام ثبت شده است، نام مؤسسه قید شود)</small>	
استان:	شهر:
منطقه شهری:	کد پستی:
تلفن:	کد شهر:
نوع مالکیت مؤسسه: <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی خصوصی یا تعاونی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> عمومی*	
نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه‌ی خیریه در صورت مالکیت حقوقی یا عمومی:	
نوبت کاری فعالیت مؤسسه: <input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> صبح و عصر <input type="checkbox"/> شب و عصر <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی	
درجه‌ی ارزش‌یابی (ویژه‌ی بیمارستان‌ها):	تعداد تخت (ویژه‌ی بیمارستان‌ها):
تعداد آمبولانس‌های موجود در مؤسسه:	تعداد تخت بستر:
نوع مالکیت ساختمان**:	<input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> وقفی <input type="checkbox"/> دولتی
زیربنای مؤسسه (متر مربع):	

* منظور از مالکیت عمومی، وابستگی به فوای سه‌گانه، نیروهای مسلح یا دیگر سازمان‌های دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری‌ها، هلال احمر، سازمان تأمین اجتماعی و...) است.
** در صورتی که مالکیت ساختمان ترکیبی از گزینه‌های موجود باشد، می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.

مشخصات مؤسسان*						
ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	رشته‌ی تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت اشتغال**
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						
۷						

* در صورتی که تعداد مؤسسان بیش از هفت نفر است، لطفاً اسامی بقیه‌ی مؤسسان در فرم پیوست ۱ قید شود. برای مؤسسات حقوقی خصوصی، تعاونی و خیریه، درج اسامی مؤسسان الزامی است.
** در ستون وضعیت اشتغال، «عدد مربوط به یکی از این گزینه‌ها قید شود: (۱) عدم وابستگی استخدامی به دولت؛ (۲) عضو هیأت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۳) کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیأت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۴) کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه‌ها یا سازمان‌ها؛ (۵) کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌ها. کارمندان بازنشسته، طرحی و ضربت K باید گزینه‌ی ۱ (عدم وابستگی استخدامی به دولت) را قید کنند.

مشخصات بخش‌ها (بر اساس مندرجات پروانه‌ی تأسیس)*						
ردیف	نام بخش	زیربنا (متر مربع)	تعداد تخت بستری**	نوبت کاری بخش		
				صبح	عصر	شب
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

* تکمیل این جدول تنها برای مؤسسه‌هایی که دارای بخش هستند، الزامی است. در صورتی که تعداد بخش‌ها بیش از پنج عدد باشد، لطفاً اسامی بقیه‌ی بخش‌ها در فرم پیوست ۲ قید شود.
** تکمیل ستون «تعداد تخت بستری» تنها برای بیمارستان‌ها الزامی است.

نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل‌کننده‌ی فرم (مؤسس یا نماینده‌ی مؤسسان):	مهر مؤسسه:
این قسمت توسط معاونت درمان دانش‌گاه تکمیل می‌شود.	
صحت مندرجات فرم و تعداد برگ مدارک پیوست مورد تأیید این جانب (کارشناس صدور پروانه‌ها) است.	تاریخ:
امضا:	امضا:
<input type="checkbox"/> تمدید پروانه از نظر اداره‌ی نظارت بلامانع است.	تاریخ:
<input type="checkbox"/> تمدید پروانه از نظر معاونت درمان بلامانع است.	تاریخ:
امضا (معاونت درمان):	امضا (معاونت درمان):



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امیر درمان

فرم اطلاعات شناس نامه‌ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی

شماره ۱

مشخصات مسئولان فنی									
ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	رشته‌ای تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت اشتغال*	تاریخ اعتبار پروانه‌ای مطب	محل فعالیت**	نوبت کاری
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									
۱۴									
۱۵									
۱۶									
۱۷									
۱۸									
۱۹									
۲۰									

* در ستون وضعیت اشتغال، عدد مربوط به یکی از این گزینه‌ها قید شود: (۱) عدم وابستگی استخدامی به دولت، (۲) عضو هیأت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی، (۳) کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیأت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی، (۴) کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه‌ها یا سازمان‌ها، (۵) کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌ها کارکنان بازتسهیل طرحی و مشرب K، باید گزینه ۱ (عدم وابستگی استخدامی به دولت) را قید کند.
** در ستون محل فعالیت، در صورتی که مسئول فنی، مسئولیت کل مؤسسه را بر عهده دارد عبارت «کل مؤسسه» و در صورتی که مسئولیت بخش خاصی (مطب، رادیولوژی، آزمایشگاه و...) را بر عهده دارد، نام آن بخش قید می‌شود.

فرم اطلاعات شناس نامه‌ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

پیوست ۱ (ویژهی مؤسساتی که بیش از هفت مؤسس دارند)

نوع مؤسسه (بر اساس متن پروانه‌ی تأسیس / بهره برداری):						
نام مؤسسه (بر اساس متن پروانه‌ی تأسیس / بهره برداری):						
<i>(در صورتی که مؤسسه فاقد نام ثبت شده است، نام مؤسس فید شود)</i>						
مشخصات مؤسسان						
ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	رشته‌ی تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت اشتغال*

* در ستون «وضعیت اشتغال» عدد مربوط به یکی از این گزینه‌ها فید شود: (۱) عدم وابستگی استخدامی به دولت؛ (۲) عضو هیأت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۳) کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیأت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۴) کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه‌ها یا سازمان‌ها؛ (۵) کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌ها کارمندان بازنشسته، طرحی و ضربی K باید گزینه ۱ (عدم وابستگی استخدامی به دولت) را فید کنند.

فرم اطلاعات شناس نامه ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی

فرم شماره ۲

وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت درمان
دفتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان

بدین وسیله این جانب / این جانبان:

مؤسسان مؤسسه:

واقع در:

اعلام می کنیم هیچ کدام از اطلاعات شناس نامه ای اعلام شده در روند قبلی تمدید مؤسسه شامل:
مشخصات مؤسسان - نشانی مؤسسه - مسامت و فضاهای مؤسسه - مالکیت مؤسسه - بخش های مؤسسه -
مسئولان فنی و غیره تغییر نیافته است.

مهر مؤسسه:	نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل کننده فرم (مؤسس یا نماینده مؤسسان):
این قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکمیل می شود.	
امضاء:	صحت مندرجات فرم و تعداد برگ مدارک پیوست مورد تأیید این جانب (کارشناس صدور پروانه ها) است.
تاریخ:	
امضاء:	<input type="checkbox"/> تمدید از نظر اداره نظارت بلامانع است.
تاریخ:	

مطابقت صحت مندرجات با پروانه های بهره برداری و مسؤول / مسؤولان فنی مؤسسه الزامی است.