|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |
|  |  |

 |
|

|  |
| --- |
|  |
| :  |  |

 |
| معاونت درمانمدیریت نظارت و ارزشیابی

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت درماندفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان**فرم درخواست موافقت اصولی**

|  |
| --- |
| فرم شماره 1 - الف  |
| مشخصات موسسه : |
| نام پیشنهادی مؤسسه ( انتخاب نام در این مرحله کاملاً الزامی است ) :  |
| **نوع موسسه :** ( تنها یک مورد بایستی انتخاب گردد . )  بیمارستان عمومی      درمانگاه عمومی      مرکز جراحی محدود       مرکز درمان ناباروری         مرکز درمان سوء مصرف مواد **درمانگــاه تخصصی :**   (  داخلی ،      غیرتهاجمی قلب و عروق   ،     آلرژی   ،      چند تخصصی مغز و اعصاب و روان   ،  چند تخصصی درد ،  دیابت ،    پوست )    درمانگاه دندانپزشکی    مرکز درمان با اکسیژن هایپربارد    موسسه پزشکی هسته ای    آمبولانس خصوصی  ارتوپدی فنی  موسسه ساخت و فروش عینک طبی        مرکز تخصصی طب کار     فیزیوتراپی       مرکز تصویربرداری       موسسه رادیولوژی و سونوگرافی موسسه رادیولوژی دهان و فک و صورت           موسسه رادیوتراپی  **مرکز جامع توانبخشی :**   ( تعیین گرایش مرکز از میان گزینه های زیر الزامی است )  گرایش اختلالات بینائی     گرایش اختلالا جسمی حرکتی      گرایش سالمندان       گرایش فلج مغزی        گرایش اختلالات اعصاب و روان  گرایش اختلالات ذهنی کودکان و نوجوانان      گرایش اختلالات رفتاری روانی کودکان و نوجوانان       گرایش اختلالات شنوائی ، گفتار و زبان  مرکز ارائه خدمات و مراقبت های بالینی در منزل       مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامائی      مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی  |
| دانشگاه :  | شهر : | منطقه :( برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری می باشند الزامی است .)  |
| **نوع مالکیت موسسه :**    حقیقی       حقوقی خصوصی           تعاونی خدمات بهداشتی درمانی          خیریه        عمومی تذکر 1 : منظور از مالکیت عمومی ، وابستگی موسسه به یکی از سه قوای سه گانه نیروهای مسلح یا ذکر سازمانهای دولتی و یا نهادهای عمومی غیردولتی ( مانند شهرداری ها ، هلال احمر ، سازمان تأمین اجتماعی و ... ) است . تذکر 2 : کسانی که متقاضی تأسیس شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی می باشند و تاکنون شرکتی تأسیس ننموده اند .می بایست گزینه حقیقی را انتخاب نمایند . در صورت انتخاب گزینه عمومی ، خیریه ، حقوقی ، تعاونی نام سازمان ، ارگان یا شرکت مربوطه در ردیف زیر نوشته شود .  |
| **نام رسمی سازمان ، شرکت یا مؤسسه ی خیریه :** با توجه به اینکه نام سازمان عیناً در پروانهبهره برداری قید می شود ، لطفاً نام سازمان ، ارگان یا شرکت را بطور کامل مانند نمونه های زیر بنویسید . مثال : شرکت تعاونی و خدمات بهداشتی درمانی پیام سلامت یا بنیاد امور خیریه حضرت علی بن موسی الرضا (ع) یا سازمان هلال احمر  |
| **نوبت کاری موسسه :**             صبح                    عصر                صبح و عصر                شبانه روزی  |
| تعداد کل تخت ( مخصوص بیمارستان ) :  |

 **نام و نام خانوادگی نماینده متقاضیان تأسیس :****پست الکترونیکی :****تلفن تماس ( ترجیحاً همراه ) :**در صورتیکه متقاضی تأسیس یک نفر باشد نیاز به اطلاعات فوق نمی باشد .      وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکیمعاونت درماندفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان**فرم درخواست موافقت اصولی****فرم شمــاره 1 – ب**  با توجه به اینکه مشخصات کامل متقاضیان تأسیس باید در فرم ورود اطلاعات متقاضیان تأسیس ثبت شود در این قسمت تنها نام و نام خانوادگی و کدملی متقاضیان تأسیس نوشته شود .  1- حقیقی :تعداد متقاضیان تأسیس : .............. نفر   **نام متقاضیان تأسیس :**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام و نام خانوادگی | کدملی |   | ردیف | نام و نام خانوادگی | کدملی |
|   |   |   |   |      |   |
|   |   |   |   |       |   |
|   |   |   |   |      |   |
|   |   |   |   |      |   |

       وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی معاونت درماندفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان**فرم درخواست موافقت اصولی****فرم شمــاره 2**

|  |
| --- |
| مشخصات متقاضی تأسیس  |
| **مشخصات فردی** | نام :  | نام خانوادگی:  | کدملی :  | نام پدر :  |
| شماره شناسنامه :  | محل صدور :  | تاریخ :           /        / | محل تولد :  |
| **مشخصات تماس** | نشانی محل سکونت :شهر :                        خیابان اصلی :                              خیابان فرعی :                                پلاک :                   کدپستی : پیش شماره :                                 تلفن :                                                                          تلفن همراه :پست الکترونیک :                                                                                                            وب سایت : |
| **مدرک تحصیلی ( آخرین مقطع )** | **این قسمت بر اساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد .** |
| **مقطع :**  کاردان       کارشناس     کارشناس ارشد      دکترای حرفه ای       PhD       متخصص            فوق تخصص **رشته / تخصص :****نوع دانشگاه :**     دانشگاه علوم پزشکی        دانشگاه آزاد اسلامی       سایر دانشگاههای کشور         دانشگاه های خارج از کشور **دانشگاه محل تحصیل :**                         نام دانشگاه :                                زمان فارغ التحصیلی :                  شماره نظام نظام پزشکی : تذکـر : شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشند به صورت نمونه نوشته شوند : م – 1996  |
| **وضعیت اشتغال قطعی** |  عدم وابستگی استخدامی به دولت           عصو هیئت علمی رسمی با پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی  عضو هیئت علمی نیمه وقت                 کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی  کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها         کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها          کارمند بازنشسته  |

**در صورت داشتن پروانه مطب پر کردن جدول زیر الزامی است .**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **مشخصات پروانه مطب**  |     شهر :                                      تاریخ صدور :                                               تاریخ اعتبار :  |   |
| **سوابق کاری ( بعد از فارغ التحصیلی از دانشگاه )** |
| ردیف | ارگان یا محل انجام کار | طول مدت خدمت ( به ماه ذکر شود ) |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |

**مجموع مدت سوابق کار : ............ ماه چنانچه در حال حاضر در موسسه درمانی دیگری ، موسس / مسئول فنی می باشید جدول زیر را تکمیل کنید :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نوع موسسه :  | نام موسسه :  | نوع هویت موسس : حقیقی  حقوقی خصوصی  تعاونی خدمات بهداشتی درمانی  خیریه  |
|   |   |   |   |
| **نام دانشگاه ( منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد )** |   |

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکیمعاونت درماندفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان**فرم درخواست موافقت اصولی****مدارک متقــاضی تـأسیس**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  اصل فرم های تقاضای موافقت اصولی ( فرم شماره 1 « الف و ب » و فرم شماره 2 )  | پزشک و دندانپزشکداروسازدکترای علوم آزمایشگاهیکایروپراکتیک ، ماما |  اصل و تصویر پروانه دائم  اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی  |
|  اصل فرم تقبل وظایف موسس  |
|  اصل و تصویر کارت ملی  | پیرا پزشک |  اصل و تصویر ( دانشنامه ) / یا ( تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح با معافیت از طرح )سابقه فعالیت لازم در خصوص موسسین فیزیوتراپی در 5 شهر بزرگ مطابق با آئین نامه مربوطه  |
|  اصل گواهی عدم اعتیاد  | سایرین |  اصل و تصویر آخرین مدرک تحصیلی  |
|  اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت  |
|  کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت ( ویژه آقایان )  | منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه متقاضیان تأسیس( بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه ) باید ارائه نمایند .مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی متقاضیان تأسیس باید ارائه شود و مربوط به کلیه متقاضیان تأسیس نمی باشد . |
|  اصل و تصویر ( آخرین حکم کارگزینی ) / ( یا تأییدیه اشتغال از بالاترین مقام مسوول اداری برای مستخدمین کشوری و لشکری که دارای حکم کارگزینی نیستند ) ( ویژه مستخدمین کشوری و لشکری )  |
| قرارداد تأسیس امضاء شده توسط متقاضی یا متقاضیان  |

 چک لیست مدارک لازم جهت اخذ موافقت اصولی مربوط به متقاضیان غیر حقیقی ( علاوه بر مدارک فردی متقاضیان تأسیس )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی | خیریه | حقوق خصوصی | عمومی |
|  اساسنامه شرکت  |  اساسنامه خیریه  |  اساسنامه شرکت با قید اجازه فعالیت بهداشتی درمانی در آن  |  نامه درخواست از بالاترین مقام بهداشتی درمانی مربوطه  |
|  گواهی ثبت شرکتها  |  لیست هیئت امنا  |  گواهی ثبت شرکتها  |  تأییدیه وزارت بهداشت و مصوبه هیئت محترم وزیران  |
|  آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی  |  نامه دفتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی  |  آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی |   |
|  موافقت اصولی تعاونی  | **شماره ثبت :** | **شماره ثبت :**  |   |
| **شماره ثبت :**  |   |

  وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکیمعاونت درماندفتر نظارت و اعتبار بخشی امور درمان**فرم درخواست موافقت اصولی** **تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه متقاضی تأسیس :** اینجانب :                                                                                               تصدیق می نمایم : 1- با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول دارم . 2- آئین نامه موسسه درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن ، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن می باشم . 3- مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام . 4- با در نظر گرفتن این درخواست ، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود موافقت اصولی صادر شده را ابطال نموده و حق گونه اعتراضی نخواهم داشت . 5- به صورت حقوقی ( خیریه ، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده ) اصولی و یا پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام . بلی              خیردر صورت پاسخ مثبت لطفاً جدول زیر تکمیل گردد :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نوع موسسه | نام موسسه | دانشگاه \* | نحوه مشارکت :خیریه – سایر شرکتهاشرکت تعاونی خدمات بهداشتی ، درمانی |
|   |   |   |   |

 \* منظور دانشگاهی است که موسسه مذکور تحت پوشش آن قرار دارد. **نام و نام خانوادگی – امضا و درج مهرنظام پزشکی :**

|  |
| --- |
| **این قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکمیل می شود .** |
|  صحت مندرجات فرم و تعداد .......... برگ مدارک پیوست مورد تأیید اینجانب .......................................( کارشناس صدور پروانه ها ) است .   **تاریخ :                                                                                       امضاء :** |
|  صدور موافقت اصولی بلامانع است .                                                                                                   **امضاء معاون درمان**  |

 در صورت وجود بیش از یک نفر موسس ، این فرم باید برای هر فرد جداگانه تکمیل و امضاء شود .    |
|  |  |

 |
|

|  |
| --- |
|   1      |
|  |  |

 |

 |
|  |
|  |

 |  |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |    |  |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

 |

 |

 |  |

 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |    |  |

 |

 |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |

 |  |

کلیه حقوق متعلق به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان می باشد.
تاریخ آخرین به روز رسانی: 1394/07/30
