|  |
| --- |
| **مشخصات مؤسسه** |
| **نام مؤسسه :** |
| **نوع مؤسسه (مطابق موافقت اصولی):** |
| **دانشگاه:** | **شهر:**  | **منطقه:** **(برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری میباشند الزامی است‌)** |
| **نوع مالکیت مؤسسه:** 🞏 حقیقی 🞏 حقوقی خصوصی 🞏تعاونی خدمات بهداشتی درمانی 🞏 خیریه 🞏 عمومی**منظور از مالکیت عمومی، وابستگی موسسه به یکی از سه قوای سه گانه،نیروهای مسلح یا دگر سازمانهای دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری ها ،هلال احمر ، سازمان تامین اجتماعی و ... ) است .**  |
| **نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه‌ی خیریه درصورت مالکیت حقوقی یا عمومی:** |
| **نحوه اداره موسسه:**  🞏 انتفاعی 🞏 غیر انتفاعی 🞏 خیریه**منظور از غیر انتفاعی موسساتی هستند که هدف از تاسیس آن ها انتفاع نبوده وضمن رعایت تعرفه های دولتی درآمد حاصله از فعالیت موسسه ، صرف هزینه های موسسه می گردد** |
| **نوبت کاری موسسه:**  🞏 صبح 🞏 عصر 🞏 صبح و عصر 🞏 شبانه‌روزی |
| **تعداد کل تخت *(مخصوص بیمارستان*):** | **تعداد تخت عمومی:** | **تعداد تخت های ویژه:** |
| **تاریخ موافقت اصولی:** | **شماره موافقت اصولی:** | **تاریخ اعتبار موافقت اصولی:** |
| **مشخصات تماس مؤسسه:** | **با توجه به این که نشانی دقیقا در متن پروانه بهره برداری درج می شود لطفا نشانی را به صورت کامل و مانند نمونه زیر بنویسید:****تهران،خیابان ولی عصر،خیابان وصال شیرازی، کوچه نسترن،بن بست شقایق، پلاک 5، طبقه دوم، واحد4****نشانی :****کدپستی/صندوق پستی:****تلفن: نمابر: تلفن همراه مدیریت/مسئول فنی:****پست الکترونیک: وب سایت:** |

**نام و نام خانوادگی مسئولين فنی :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **محل فعالیت مسئول فنی** | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **محل فعالیت مسئول فنی** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* **با توجه به اینکه مشخصات کامل مسئولین فنی باید در صفحه مشخصات مسئول فنی ثبت شود در این قسمت تنها نام و نام خانوادگی و محل فعالیت مسئول فنی نوشته شود.منظور از محل فعالیت این است که ایشان مسئول فنی کل موسسه هستند یا مسئول فنی بخش خاصی از موسسه که در این صورت باید نام بخش مربوطه نوشته شود.**

**متقاضیان تاسیس:**

**تعداد متقاضیان تاسیس:.......... نفر**

**1-حقیقی :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |  | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2- حقوقی خصوصی:**

**نام شرکت:**

**تعداد متقاضیان موسس:.............نفر**

**نام ونام خانوادگی دارندگان حق امضاء: (2 نفر)**

**شماره ثبت:**

نام اعضای موسس:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | مدرک تحصیلی |  | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3- خیریه:**

**نام سازمان خیریه:اعضاء**

**تعداد اعضای موسس:............... نفر**

 **نام ونام خانوادگی دارندگان حق امضاء: (2 نفر)**

**شماره ثبت:**

**نام اعضاء موسس:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |  | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4- تعاونی خدمات بهداشتی درمانی:**

**نام شرکت تعاونی:**

**تعداد متقاضیان موسس:.............. نفر**

**نام ونام خانوادگی دارندگان حق امضاء: (2 نفر)**

**شماره ثبت:**

**نام اعضای موسس:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |  | **ردیف** | **نام و نام خانوادگی** | **کد ملی** | **مدرک تحصیلی** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**قسمت/ واحد/بخش های موجود در موسسه:**

در این قسمت تنها بخش ها و قسمت های داخل موسسه علامت زده شود به عنوان مثال چنانچه موسسه درخواستی فیزیوتراپی است، گزینه فیزیوتراپی در جدول زير انتخاب نشود. یا اگر مرکز درمان سوء مصرف مواد است گزینه درمان سوء مصرف مواد انتخاب نشود

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بخشها**  | **تعداد تختها**  | **بخشها**  | **تعداد تختها**  | **بخشها** | **تعداد تختها**  | **بخشها**  | **تعداد تختها**  |
| پزشکی عمومی |  | زنان |  | داخلی |  |   اطفال |  |
| عفونی |  | دندانپزشکی |  | گوش و حلق و بینی |  | چشم پزشکی |  |
| روماتولوژي |  | پوست |  | داخلی مغز و اعصاب |  | جراحی عمومی |  |
| آزمایشگاه |  | داروخانه  |  | داخلی گوارش |  | جراحی مغز و اعصاب  |  |
|  روانپزشکی |  | دیابت |  | داخلی غدد  |  | قلب اطفال |  |
| ارولوژی  |  | نوزادان |  | داخلی ریه  |  | روانپزشكي اطفال |  |
| رادیولوژی  |  | رادیوگرافی دیجیتال |  | داخلی قلب و عروق  |  | جراحي اطفال |  |
| ماموگرافی |  | ماموگرافی دیجیتال |  | جراحی قلب و عروق |  | نورولوژي اطفال |  |
| OPG |  | OPG دیجیتال |  | جراحي عروق |  | گوارش اطفال |  |
| رادیولوژی فک و دهان و صورت |  | سونوگرافی |  | ارتوپدی |  | غدد اطفال |  |
| رادیوگرافی پری اپیکال |  | رادیوگرافی پری اپیکال دیجیتال |  | جراحي دست |  | جراحي توراكس |  |
| رادیواسکوپی |  | رادیوتراپی |  | جراحي زانو |  | آنژیوگرافی قلبی |  |
| MRI |  | CT Scan  |  | جراحي ستون فقرات |  | ICU |  |
| سنجش تراکم استخوان |  | پزشکی هسته ای |  | جراحي پروكتولوژي |  | CCU |  |
| INVITRO |  | INVIVO |  | پلاستیک) جراحی ترمیمی) |  | NICU |  |
| تله تراپی |  | براکی تراپی |  | سوختگی |  | ICU سوختگی |  |
| سنگ شکن |  | آنژیوگرافی پریفرال |  | ارتودنسی |  | آی سی یو اطفال |  |
| کبالت 60 |  | سی تی سیمولاتور |  | اندودنتیکس |  | آي سي يوجراحي |  |
| شتاب دهنده خطی(کمتر از 10MV) |  | شتاب دهنده خطی (بیشتر از10MV ) |  | دندانپزشکی اطفال |  | آي سي يو داخلي |  |
| تصویر برداری |  | طب فیزیکی وتوانبخشی |  | پریودنتولوژی |  | آی سی یو جراحی مغز و اعصاب |  |
| نفرولوژی |  | دیالیز  |  | ترمیمی |  | پست آي سي يو |  |
| انکولوژی |  | شیمی درمانی |  | پروتزهای دندانی |  | پست سي سي يو |  |
|  طب کار |  |   بخش پيوند |  | جراحی فک و دهان و صورت |  | آي سي يو قلب باز |  |
| UROD |  | ايمونولوژي |  | آسیب شناسی بیماری های دهان و دندان |  | پست آی سی یو قلب باز |  |
| درمان سوء مصرف مواد  |  | واحد درمان بامتادون |  | تشخیص بیماری های دهان و دندان |  | پست آنژيوگرافي |  |
| هماتولوژي اطفال |  | هماتولوژی بزرگسالان |  | روانشناسی بالینی |  | شنوائی سنجی |  |
| فیزیوتراپی |  | الکتروتراپی |  | کایروپراکتیک |  | ارتوپدی فنی |  |
| کاردرمانی |  | مکانوتراپی |  | گفتاردرمانی |  | مامایی |  |
| تغذیه |  | بینائی سنجی |  | عینک طبی |  |

**فرم ورود اطلاعات متقاضي مسئول فني**

|  |
| --- |
| **مشخصات متقاضی مسئول فنی :** |
| **مشخصات فردی** | **نام:** | **نام خانوادگی:** | **نـام پــدر:** | **شماره شناسنامه:** |
| **محل صدور:** | **تاریخ تولد: / /** | **کــد ملــی:** | **محل تولد:** |
| **مشخصات تماس**  | **نشانی محل سکونت :****شهر: خیابان اصلی: خیابان فرعی: پلاک: کدپستی :****کدشهر: تلفن : تلفن همراه:****پست الکترونیک: وب سایت:** |
| **مدرک تحصیلی (آخرین مقطع )** | *این قسمت براساس 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 🗖سایر رشته /تخصص و یا سایر موارد ذکر شود:** **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 پزشكي:****تذکر: شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشند به صورت نمونه نوشته شوند: م-1996** |
| **وضعیت اشتغال فعلی**  | **🗖 عدم وابستگی استخدامی به دولت- 🗖 عضو هیئت علمی رسمی یا 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 یاسازمانها🗖کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها- 🗖 ضريب كا- 🗖کارمند بازنشسته**  |

**در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است**

|  |  |
| --- | --- |
| **مشخصات پروانه مطب** | **شهر: تاریخ صدور : تاریخ اعتبار :** |

**سوابق فعالیت:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **ارگان یا محل انجام کار** | **طول مدت خدمت(به ماه ذکر شود)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**مجموع مدت سوابق کار:.......... ماه**

|  |
| --- |
| **نوبت کاری** |
|  نوبت هاي كاري دقيقا مطابق با ساعات كاري مسئول فني پر شود و علاوه بر اینکه در جدول زیر علامت زده میشود به طور جداگانه در قسمت عنوان نوبت کاری نوشته شود.به عنوان مثال :عنوان نوبت کاری: صبح روزهای فرد وعصر روزهای زوج .**عنوان نوبت کاری:.......................................................................................** |
|  | **شنبه**  | **یکشنبه**  | **دوشنبه**  | **سه شنبه**  | **چهارشنبه**  | **پنج شنبه** | **جمعه** |  **همه روزهای هفته** |
| صبح |  |  |  |  |  |  |  |  |
| عصر |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شب |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  **محل فعالیت مسئول فنی در موسسه**  |
| کل موسسه🞏 | بخشی از موسسه🞏**منظور از بخش، قسمتی است که مسئول فنی، مسئولیت فنی آن را تقبل نموده است.** | نام بخش مربوطه: |

**چنانچه در حال حاضر در موسسه درمانی دیگری، مسئول فنی می باشید جدول زیر را تکمیل کنید:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع موسسه:** | **نام موسسه:** | **نوبت کاری:** |
| **نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد):** |

**مدارک مسئول فنی**

|  |  |
| --- | --- |
| ***مدارک عمومی*** | ***مدارک اختصاصی*** |
| **🞏 اصل فرم مشخصات متقاضی مسئول فني** | ***پزشک******ودندانپزشك*** | اصل وتصویر پروانه مطب معتبر 🞏 🞏اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی 🞏اصل وتصویرگواهی دوره های مهارتی مورد نیازبر اساس نوعموسسه طبق راهنمااصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز  🞏 |
|  **🞏اصل فرم تقبل مسئولیت فنی** |
| **🞏 اصل وتصویرکارت ملی** |
| **🞏دو قطعه عکس 3x4** |
|  **🞏اصل گواهی عدم اعتیاد** | ***پیراپزشک*** |  🞏اصل وتصویر(دانشنامه)/یا (تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح یا معافیت از طرح) 🞏گواهی گذراندن دوره بازآموزی و یا تعهد گذراندن آن🞏اصل و تصویر گواهی دوره های مورد نیاز 🞏اصل وتصویرسوابق کاری مورد نیاز( درصورت لزوم بر اساس آئین نامه)  |
|  **🞏اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخيص هويت** |
| **🞏 کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت(ویژه آقایان)** |
|  **🞏اصل وتصویر(آخرين حكم كارگزيني/يا (تائيديه اشتغال از بالاترين مقام مسئول براي افراد بدون حكم كاگزيني)(ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)** |
| ***سایرین*** |  🞏اصل و تصویرآخرین مدرک تحصیلی🞏 اصل وتصویرگواهی دوره های مهارتی مورد نیازبر اساس نوع موسسه طبق راهنما(ویژه کاردان های اپتیک)🞏گواهی قبولی در آزمون وزارت بهداشت(ویژه عینک طبی) |
|  **🞏اصل و تصویر گواهي عدم نياز در ساعات غير موظف مطابق با ساعات كاري در موسسه)(ویژه** مستخدمین **کشوری و لشکری)** |
| * ***منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه مسئولین فنی (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه ) باید ارائه نمایند.***
* ***مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی مسئول فنی و نوع موسسه باید ارائه شود و مربوط به کلیه مسئولین فنی نمی باشد.***
 |

 **این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود**

**تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی:**

**اینجانب ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... با آگاهي وقبول شرح وظايفم بعنوان مسئول فني ، مندرجات اين فرم را تائید نموده و نيز تصديق مي نمايم:**

1. **آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.**
2. **شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.**
3. **با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فني در سه نوبت كاري در شبانه روز و نيز در يك نوبت كاري بطور همزمان در دو موسسه فعاليت ندارم.**

**4-در صورت درخواست استعفا حداقل 3 ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (درصورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین ) ،مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.**

 **نام و نام خانوادگی و**

 **امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی**

**این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود**

**مشخصات و مدارک پرسنل موسسه**

توجه: **لطفا مشخصات مسوول یا مسوولین فنی در این قسمت درج نشود. مگر اینکه یک نفر ،هم مسئول فنی و هم پرسنل موسسه باشد.**

 **تعداد پرسنل**:.......................................................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | نام | نام خانوادگي | كدملي | رشته تحصيلي | مقطع تحصيلي | نوبت کاری | وضعيت اشتغال دربخش دولتی \*  | پروانه مطب معتبر/آخرین مدرک تحصیلی | عدم سوء پیشینه کیفری | عدم سوء پیشینه انتظامی  | گواهی عدم اعتیاد | اعلام همکاری | گواهی عدم نیاز |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* **توجه:در این ستون عدد مربوط به یکی از گزینه های زیر قید شود:**

1. **عدم وابستگی استخدامی به دولت، 2- عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی**

3-عضو هیئت علمی نیمه وقت 4- **کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی 5- کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یاسازمانها**

 **6- کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها 7- ضريب K 8- کارمند بازنشسته**

تذکر:

اخذ گواهی عدم سوء پیشینه کیفری- گواهی عدم اعتیاد و گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی(مخصوص اعضاء سازمان نظام پزشکی) علاوه بر موسس و مسئول فنی، ازپرسنل فنی موسسات فیزیوتراپی، موسسات پرتو پزشکی، مرکزآمبولانس خصوصی، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری و مرکزمشاوره و خدمات مامائی ومرکز درمان سوء مصرف مواد الزامی می باشد

**در صورتیکه اسامی پرسنل موسسه بیشتر از فرم فوق میباشد لطفا از فرم مربوطه کپی تهیه نمائید .**

**فرم مشخصات تجهیزات**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | نام دستگاه | بخش مورداستفاده | شركت سازنده | مدل دستگاه | سال ساخت دستگاه | كشورسازنده | شماره شناسه يا سريال | سال نصب دستگاه |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |

* تذکرهای مهم:
* لطفا تنها تجهیزات تخصصی ثبت شود.
* از ثبت اقلام مصرفی جدا خودداری گردد.
* در صورت وجود بیش از یک نوع از هر یک از تجهیزات با کاربرد مشابه، ذکر جداگانه هر کدام از آنها الزامی است.
* برای تجهیزات سرمایه ای ، اخذ تائیدیه های لازم از اداره کل تجهیزات پزشکی الزامی است.

**فرم مشخصات فیزیکی موسسه**

|  |
| --- |
| **فرم مشخصات فیزیکی موسسه:** |
| **زيربنای موسسه(متر مربع) :**  |
| **نوع مالكيت ساختمان: 🗖 شخصي🗖 استيجاري 🗖 وقفي 🗖 خیریه 🗖 دولتی****در صورتیکه مالکیت ساختمان ترکیبی از گزینه های موجود باشد، می توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.** |
| **آیاموسسه داراي ساختمان مستقل مي باشد؟ 🗖بلي 🗖 خير** **فقط در صورت مشترک بودن با موسسه درمانی دیگر نام و نوع آن موسسه ذکر شود:** |
| **تعداد طبقات موسسه:****فقط تعداد طبقات متعلق به موسسه مد نظر می باشد.****محل استقرار طبقات موسسه در ساختمان*( به عنوان نمونه زیرزمین، همکف، اول،...)*** |
| **کاربری ملک: 🗖مسکونی 🗖اداری/ تجاری 🗖بهداشتی درمانی** | **پلاک ثبتی:** |
| **آیا در ساختمان واحد مسکونی وجود دارد؟ 🗖بلي 🗖 خير****در صورت پاسخ مثبت ارائه رضایت نامه از ساکنین الزامی است.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام اتاق/فضا** | **تعداد** | **وضعیت اشتراک** | **مساحت****متر مربع** | **نام اتاق/فضا** | **تعداد** | **وضعیت اشتراک** | **مساحت****متر مربع** | **نام اتاق/فضا** | **تعداد** | **وضعیت اشتراک** | **مساحت****متر مربع** |
| **مديريت یا مسئول فنی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق عمل سرپائی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق دیالیز** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **اطلاعات وپذيرش** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق تزریقات وپانسمان** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق سونوگرافی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **بايگاني** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق احیاء** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق رادیوگرافی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **آبدارخانه** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق گچ گیری** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق سنجش تراکم استخوان** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **تی شوری** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق کاردرمانی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق ماموگرافی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **انبار ملزومات** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق گفتاردرمانی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق رادیولوژی فک ودهان وصورت** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **اتاقک استریلیزاسیون** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق شنوائی سنجی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق عمل** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **اتاقک رختشویخانه** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق فیزیوتراپی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق اکوکاردیوگرافی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **محل نگهداری موقت زباله** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق بینائی سنجی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق تست ورزش** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **انبار کثیف** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق مشاوره تغذیه** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **آزمایشگاه** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **استراحت پزشک** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق کایروپراکتیک** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق معاینه ارتز** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **استراحت پرسنل** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق مشاوره روانشناسی بالینی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق پروتز** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **رختکن پرسنل اقا** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق مشاوره ژنتیک** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق قالب گیری** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **رختکن پرسنل خانم** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق مشاوره مددکار اجتماعی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق تراش** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **سالن انتظار** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق/فضای فروش عینک طبی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق معاینه** |  | **🗖 مستقل****🗖مشترک** |  |
| **سرویس بهداشتی بیماران** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق مشاوره** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق آندوسکوپی** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |
| **سرویس بهداشتی پرسنل** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  | **اتاق اسکنینگ** |  | **🗖مستقل****🗖مشترک** |  |  |  |  |  |

**فضاهای موسسه**

**در صورت وجود فضاهایی به غیر از موارد موجود ، از تصویر خام این فرم استفاده نمائید.**

لطفادر صورت انتخاب هر یک از فضاهای موجود در موسسه، ضمن مشخص نمودن وضعیت اشتراک با اتاق های دیگر یا مستقل بودن، تعداد آن را نیز در محل مربوطه درج نمایید.

**تذکر1:**در صورت وجود بیش از یک اتاق از هر نوع فضا با متراژهای متفاوت، لطفا متراژها در قسمت مساحت با خط تیره از یکدیگر جدا شوند. به عنوان مثال در صورت وجود سه اتاق معاینه با متراژهای 10،12،20 در یک درمانگاه، به ترتیب ذیل عمل شود: تعداد: 3 / مساحت: 20-12-10

**تذکر2:**در صورتی که متراژ اتاق ها با یکدیگر یکی است، فقط یک عدد نوشته شود. به عنوان مثال اگر سه اتاق معاینه با متراژ12 وجود دارد در قسمت مساحت، تنها عدد 12 نوشته شود.

**تذکر3:**در صورت وجود فضای درمانی خاصی که در لیست موجود ذکر نشده است، لطفا آن را درج نمایید.

مدارک کلی موسسه:

با توجه به این که ذکر مدارک لازم برای همه موسسات به طور جداگانه فضای زیادی را به خود اختصاص می داد مدارک همه موسسات در این صفحه ذکر شده است، مدارکی که مختص موسسه یا موسسات خاصی می باشند، در داخل پرانتز ذکر شده است که خواهشمند است به این نکته دقت فرمائید.

|  |
| --- |
| **سند مالکیت یا اجاره نامه محضری و یا اجاره نامه عادی همراه با تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ یا رضایت نامه محضری مالک (همه موسسات)** |
| **رضایت نامه ساکنین در صورتی که واحد مسکونی درساختمان موسسه وجود داشته باشد (همه موسسات)** |
| **تعهد محضری مبنی بر رعایت مقررات (ویژه مرکز جراحی محدود ، مرکز درمان با اکسیژن هایپربار)** |
| **نقشه:** |
| **الف) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی وزارت (ویژه بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری، مرکز درمان با اکسیژن هایپربار)** |
| **ب)نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی دانشگاه (ویژه مرکز جامع توانبخشی، کلیه درمانگاه ها و موسسات پرتوپزشکی(** |
| **ج)نقشه موسسه در مقیاس 1 به 100همراه با چیدمان و نامگذاری فضاها (ویژه سایر موسسات(** |
| **گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری (بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپربار، مرکز درمان ناباروری)** |
| **اخذ تاییدیه مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت )ویژه بیمارستان های دولتی(** |
| **تاییدیه بهداشتی از معاونت بهداشتی دانشگاه (همه موسسات)** |
| **تایید بهداشت محیط و پرتو از معاونت بهداشتی دانشگاه (ویژه موسسات پرتو پزشکی(** |
| **اخذ مجوز کار با اشعه(ویژه موسسات پرتو پزشکی(** |
| **اخذ تاییدیه کمیسیون تبصره ماده چهار قانون حفاظت در برابر اشعه از وزارتخانه(ویژه موسسات پرتو پزشکی(** |
| **اخذ مجوز احداث از مراجع قانونی(ویژه موسسات پزشکی هسته ای و رادیوتراپی(** |
| **قرارداد موسسه با پرسنل ( ویژه مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل و مرکز مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل(** |
| **قرارداد موسسه با موسسات دیگر )ویژه مراکز جراحی محدود، درمان با اکسیژن هایپربار،مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل و مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل(** |
| **اخذ تاییدیه دفتر مدیریت پرستاری دانشگاه (ویژه مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل )** |
| **اخذ تاییدیه مرکز مدریت حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه/وزارت (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی(** |
| **مدارک مربوط به مالکیت دستگاههای آمبولانس (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی(** |
| **تاییدیه اداره کل اماکن نیروی انتظامی(ویژه مراکز آمبولانس خصوصی(** |
| **گواهی گذراندن دوره های آموزشی برای خدمه آمبولانس مطابق با آیین نامه)ویژه مراکز آمبولانس خصوصی(** |
| **مشخصات و مدارک همه مسوولین فنی** |
| **مشخصات و مدارک همه پرسنل** |
| **لیست تجهیزات** |
| **فیش بهره برداری یا مابه التفاوت(درصورت لزوم)** |
| **فیش مسوول/مسوولین فنی** |

**تذکر:**

**\* اخذ تاییدیه نقشه از دفتر توسعه منابع فیزیکی و امور عمرانی و مرکز سلامت محیط و کاروزارت جهت بیمارستان، مرکز جراحی محدود ، مرکز درمان ناباروری ومرکز درمان با اکسیژن هایپربار الزامی می باشد.**

**\* اخذ تاییدیه بهداشت محیط و پرتو،مجوز کار با اشعه و تاییدیه کمیسیون تبصره ماده چهار قانون حفاظت در برابر اشعه جهت موسسات پرتوپزشکی الزامی می باشد.**

**تایید صحت مشخصات و تعهدنامه موسس: ویژه اشخاص حقیقی**

اینجانب .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .......... با آگاهي وقبول شرح وظايفم بعنوان موسس ، مندرجات اين فرم ها را تائید نموده و نيز تصديق مي نمايم:

1. آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
2. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
3. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه/وزارت مجاز خواهد بود پروانه بهره برداری صادر شده را به صورت یک طرفه و بدون طرح در مراجع قضائی ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
4. به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده)پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام.

**🗖بلی 🗖خیر**

**در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نوع موسسه** | **نام موسسه** | **دانشگاه\*** | **نحوه مشارکت:****خیریه- سایرشرکتها****شرکت تعاونی خدمات بهداشتی، درمانی**  |
|  |  |  |  |

**\*منظور دانشگاهی است که موسسه مذکور تحت پوشش آن قراردارد.**

 **نام و نام خانوادگی و امضاء و درج مهر نظام پزشکی**

|  |
| --- |
| **اين قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکميل مي‌شود** |
| **صحت مندرجات فرم و تعداد ............ برگ مدارک پیوست مورد تأیید اینجانب .......................................................... (کارشناس صدور پروانه‌ها) است و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده 20 کامل می باشد .****تاریخ: امضا:** |
| **🞏 صدور پروانه بهره برداری و مسئول فنی بلامانع است.** **امضاء معاون درمان** |

**در صورت وجود بیش از یک نفر موسس این فرم بایدتوسط کلیه موسسان به صورت جداگانه تکمیل وامضاء شود**

**تایید صحت مشخصات و تعهدنامه موسس: ویژه اشخاص حقوقی(افراد موسس)**

اینجانب .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .......... با آگاهي وقبول شرح وظايفم بعنوان موسس ، مندرجات اين فرم ها را تائید نموده و نيز تصديق مي نمايم:

1. آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
2. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
3. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقوقی موسس موسسه دیگری نبوده و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه/وزارت مجاز خواهد بود پروانه بهره برداری صادر شده را به صورت یک طرفه و بدون طرح در مراجع قضائی ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
4. به صورت حقیقی پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام

**🗖بلی 🗖خیر**

**در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نوع موسسه** | **نام موسسه** | **دانشگاه\*** |
|  |  |  |

**\*منظور دانشگاهی است که موسسه مذکور تحت پوشش آن قراردارد.**

 **نام و نام خانوادگی و امضاء و درج مهر نظام پزشکی**

|  |
| --- |
| **اين قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکميل مي‌شود** |
| **صحت مندرجات فرم و تعداد ............ برگ مدارک پیوست مورد تأیید اینجانب .......................................................... (کارشناس صدور پروانه‌ها) است و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده 20 کامل می باشد .****تاریخ: امضا:** |
| **🞏 صدور پروانه بهره برداری و مسئول فنی بلامانع است.** **امضاء معاون درمان** |

**در صورت وجود بیش از یک نفر موسس این فرم بایدتوسط کلیه موسسان به صورت جداگانه تکمیل وامضاء شود**

**تایید صحت مشخصات و تعهدنامه موسس: ویژه اشخاص حقوقی(دارندگان حق امضاء)**

اینجانبان موسسان شرکت/سازمان خیریه .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .................................... .......... با آگاهي وقبول شرح وظايفمان بعنوان موسس ، مندرجات اين فرم ها را تائید نموده و نيز تصديق مي نمايیم:

1-آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ایم.

2-مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ایم.

3-با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقوقی موسس موسسه دیگری نبوده و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ایم و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه/وزارت مجاز خواهد بود پروانه بهره برداری صادر شده را به صورت یک طرفه و بدون طرح در مراجع قضائی ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهیم داشت.

 **نام و نام خانوادگی و امضاء دارندگان حق امضاء**

|  |
| --- |
| **اين قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکميل مي‌شود** |
| **صحت مندرجات فرم و تعداد ............ برگ مدارک پیوست مورد تأیید اینجانب .......................................................... (کارشناس صدور پروانه‌ها) است و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده 20 کامل می باشد .****تاریخ: امضا:** |
| **🞏 صدور پروانه بهره برداری و مسئول فنی بلامانع است.** **امضاء معاون درمان** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام اتاق/فضا** | **تعداد** | **وضعیت اشتراک** | **مساحت****متر مربع** | **نام اتاق/فضا** | **تعداد** | **وضعیت اشتراک** | **مساحت****متر مربع** | **نام اتاق/فضا** | **تعداد** | **وضعیت اشتراک** | **مساحت****متر مربع** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**فضاهای موسسه**

**در صورت وجود فضاهایی به غیر از موارد موجود ، از تصویر خام این فرم استفاده نمائید.**

لطفادر صورت انتخاب هر یک از فضاهای موجود در موسسه، ضمن مشخص نمودن وضعیت اشتراک با اتاق های دیگر یا مستقل بودن، تعداد آن را نیز در محل مربوطه درج نمایید.

**تذکر1:**در صورت وجود بیش از یک اتاق از هر نوع فضا با متراژهای متفاوت، لطفا متراژها در قسمت مساحت با خط تیره از یکدیگر جدا شوند. به عنوان مثال در صورت وجود سه اتاق معاینه با متراژهای 10،12،20 در یک درمانگاه، به ترتیب ذیل عمل شود: تعداد: 3 / مساحت: 20-12-10

**تذکر2:**در صورتی که متراژ اتاق ها با یکدیگر یکی است، فقط یک عدد نوشته شود. به عنوان مثال اگر سه اتاق معاینه با متراژ12 وجود دارد در قسمت مساحت، تنها عدد 12 نوشته شود.

**تذکر3:**در صورت وجود فضای درمانی خاصی که در لیست موجود ذکر نشده است، لطفا آن را درج نمایید.