 ﺑﺎﺳﻤﻪ ﺗﻌﺎﻟﻲ



ﻣﻌﺎوﻧﺖ درﻣﺎن

فرم تعهد نامه

اینجانب آقا/خانم.................................................مدیرعامل درمانگاه...................................... به شـماره پروانـه بهره برداری ........................................

اعلام می دارم که دستورالعمل ارائه خدمات دندان پزشکی و حرفه وابسته در شرایط اپیدمی کووید ١٩ را مطالعه نموده ام و تعهد به التزام عملی بـه کلیه شرایط مندرج در دستورالعمل ارسالی وزارت را اعلام می دارم.

مهر و امضاء

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