



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

فرم درخواست بهره برداری

مشخصات مؤسسه		
نام مؤسسه:		
نوع مؤسسه (مطابق موافقت اصولی):		
دانشگاه:	شهر:	منطقه:
(برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری میباشند الزامی است)		
نوع مالکیت مؤسسه: <input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی خدمات بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> عمومی		
منظور از مالکیت عمومی، وابستگی مؤسسه به یکی از سه قوای سه گانه، نیروهای مسلح یا دیگر 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 در صورت مالکیت حقوقی یا عمومی:		
نحوه اداره مؤسسه: <input type="checkbox"/> انتفاعی <input type="checkbox"/> غیر انتفاعی <input type="checkbox"/> خیریه		
منظور از غیر انتفاعی موسساتی هستند که هدف از تاسیس آن ها انتفاع نبوده و ضمن رعایت تعرفه های دولتی در آمد حاصله از فعالیت مؤسسه، صرف هزینه های مؤسسه می گردد		
نوبت کاری مؤسسه: <input type="checkbox"/> صبح <input type="checkbox"/> عصر <input type="checkbox"/> صبح و عصر <input type="checkbox"/> شبانه روزی		
تعداد کل تخت (مخصوص بیمارستان):	تعداد تخت عمومی:	تعداد تخت های ویژه:
تاریخ موافقت اصولی:	شماره موافقت اصولی:	تاریخ اعتبار موافقت اصولی:
<p>با توجه به این که نشانی دقیقاً در متن پروانه بهره برداری درج می شود لطفاً نشانی را به صورت کامل و مانند نمونه زیر بنویسید:</p> <p>تهران، خیابان ولی عصر، خیابان وصال شیرازی، کوچه نسترن، بن بست شقایق، پلاک ۵، طبقه دوم، واحد ۴</p> <p>نشانی:</p> <p>کدپستی/صندوق پستی:</p> <p>تلفن: _____ نامبر: _____ تلفن همراه مدیریت/مسئول فنی: _____</p> <p>پست الکترونیک: _____ وب سایت: _____</p>		

نام و نام خانوادگی مسئولین فنی:

نام و نام خانوادگی	محل فعالیت مسئول فنی	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 مؤسسه هستند یا مسئول فنی بخش خاصی از مؤسسه که در این صورت باید نام بخش مربوطه نوشته شود.



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

فرم درخواست بهره برداری

--	--	--	--	--	--	--	--

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 زیر 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
<input type="checkbox"/> پزشکی عمومی		<input type="checkbox"/> داخلی		<input type="checkbox"/> زنان		<input type="checkbox"/> اطفال	
<input type="checkbox"/> عفونی		<input type="checkbox"/> گوش و حلق و بینی		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی		<input type="checkbox"/> چشم پزشکی	
<input type="checkbox"/> روماتولوژی		<input type="checkbox"/> داخلی مغز و اعصاب		<input type="checkbox"/> پوست		<input type="checkbox"/> جراحی عمومی	
<input type="checkbox"/> آزمایشگاه		<input type="checkbox"/> داخلی گوارش		<input type="checkbox"/> داروخانه		<input type="checkbox"/> جراحی مغز و اعصاب	
<input type="checkbox"/> روانپزشکی		<input type="checkbox"/> داخلی غدد		<input type="checkbox"/> دیابت		<input type="checkbox"/> قلب اطفال	
<input type="checkbox"/> ارولوژی		<input type="checkbox"/> داخلی ریه		<input type="checkbox"/> نوزادان		<input type="checkbox"/> روانپزشکی اطفال	
<input type="checkbox"/> رادیولوژی		<input type="checkbox"/> داخلی قلب و عروق		<input type="checkbox"/> رادیوگرافی دیجیتال		<input type="checkbox"/> جراحی اطفال	
<input type="checkbox"/> ماموگرافی		<input type="checkbox"/> جراحی قلب و عروق		<input type="checkbox"/> ماموگرافی دیجیتال		<input type="checkbox"/> نورولوژی اطفال	
<input type="checkbox"/> OPG		<input type="checkbox"/> جراحی عروق		<input type="checkbox"/> OPG دیجیتال		<input type="checkbox"/> گوارش اطفال	
<input type="checkbox"/> رادیولوژی فک و دهان و صورت		<input type="checkbox"/> ارتوپدی		<input type="checkbox"/> سونوگرافی		<input type="checkbox"/> عدد اطفال	
<input type="checkbox"/> رادیوگرافی بری ایکال		<input type="checkbox"/> جراحی دست		<input type="checkbox"/> رادیوگرافی بری ایکال دیجیتال		<input type="checkbox"/> جراحی توراکیس	
<input type="checkbox"/> رادیواسکوپ		<input type="checkbox"/> جراحی زانو		<input type="checkbox"/> رادیوتراپی		<input type="checkbox"/> آنژیوگرافی قلبی	
<input type="checkbox"/> MRI		<input type="checkbox"/> جراحی ستون فقرات		<input type="checkbox"/> CT Scan		<input type="checkbox"/> ICU	
<input type="checkbox"/> سنجش تراکم استخوان		<input type="checkbox"/> جراحی پروکتولوژی		<input type="checkbox"/> پزشکی هسته ای		<input type="checkbox"/> CCU	
<input type="checkbox"/> INVITRO		<input type="checkbox"/> پلاستیک (جراحی ترمیمی)		<input type="checkbox"/> INVIVO		<input type="checkbox"/> NICU	
<input type="checkbox"/> تله تراپی		<input type="checkbox"/> سوختگی		<input type="checkbox"/> براکی تراپی		<input type="checkbox"/> ICU سوختگی	
<input type="checkbox"/> سنگ شکن		<input type="checkbox"/> ارتودنسی		<input type="checkbox"/> آنژیوگرافی پریفرال		<input type="checkbox"/> آی سی یو اطفال	
<input type="checkbox"/> کبالت ۶۰		<input type="checkbox"/> اندودنتیکس		<input type="checkbox"/> سی تی سیمولاتور		<input type="checkbox"/> آی سی یو جراحی	
<input type="checkbox"/> شتاب دهنده خطی (کمتر از ۱۰ MV)		<input type="checkbox"/> دندانپزشکی اطفال		<input type="checkbox"/> شتاب دهنده خطی (بیشتر از ۱۰ MV)		<input type="checkbox"/> آی سی یو داخلی	
<input type="checkbox"/> تصویر برداری		<input type="checkbox"/> پرودنتولوژی		<input type="checkbox"/> طب فیزیکی و توانبخشی		<input type="checkbox"/> آی سی یو جراحی مغز و اعصاب	
<input type="checkbox"/> نفرولوژی		<input type="checkbox"/> ترمیمی		<input type="checkbox"/> دیالیز		<input type="checkbox"/> پست آی سی یو	
<input type="checkbox"/> انکولوژی		<input type="checkbox"/> پروتزهای دندانی		<input type="checkbox"/> شیمی درمانی		<input type="checkbox"/> پست سی سی یو	
<input type="checkbox"/> طب کار		<input type="checkbox"/> جراحی فک و دهان و صورت		<input type="checkbox"/> بخش پیوند		<input type="checkbox"/> آی سی یو قلب باز	
<input type="checkbox"/> UROD		<input type="checkbox"/> آسیب شناسی بیماری های دهان و دندان		<input type="checkbox"/> ایمونولوژی		<input type="checkbox"/> پست آی سی یو قلب باز	



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

فرم درخواست بهره برداری

<input type="checkbox"/>	پست آنژیوگرافی	<input type="checkbox"/>	تشخیص بیماری های دهان و دندان	<input type="checkbox"/>	واحد درمان بامتادون	<input type="checkbox"/>	درمان سوء مصرف مواد
<input type="checkbox"/>	شنوایی سنجی	<input type="checkbox"/>	روانشناسی بالینی	<input type="checkbox"/>	هماتولوژی بزرگسالان	<input type="checkbox"/>	هماتولوژی اطفال
<input type="checkbox"/>	ارتوپدی فنی	<input type="checkbox"/>	کایروپراکتیک	<input type="checkbox"/>	الکتروتراپی	<input type="checkbox"/>	فیزیوتراپی
<input type="checkbox"/>	مامایی	<input type="checkbox"/>	گفتاردرمانی	<input type="checkbox"/>	مکانو تراپی	<input type="checkbox"/>	کاردرمانی
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	عینک طبی	<input type="checkbox"/>	بینائی سنجی	<input type="checkbox"/>	تغذیه



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

فرم درخواست بهره برداری

فرم ورود اطلاعات متقاضی مسئول فنی

مشخصات متقاضی مسئول فنی :			
نام:	نام خانوادگی:	نام پدر:	شماره شناسنامه:
محل صدور:	تاریخ تولد: / /	کد ملی:	محل تولد:
<p>نشانی محل سکونت:</p> <p>شهر: خیابان اصلی: خیابان فرعی: پلاک: کد پستی:</p> <p>کد شهر: تلفن: تلفن همراه: وب سایت:</p> <p>پست الکترونیک:</p>			
<p>این قسمت براساس پروانه دائم/یا دانشنامه/یا پایان طرح نیروی انسانی/یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد.</p> <hr/> <p>مقطع: <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد <input type="checkbox"/> دکتری حرفه ای <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> فوق تخصص <input type="checkbox"/> سایر رشته /تخصص و یا سایر موارد ذکر شود:</p> <p>نوع دانشگاه: <input type="checkbox"/> دانشگاه علوم پزشکی <input type="checkbox"/> دانشگاه آزاد اسلامی <input type="checkbox"/> سایر دانشگاههای کشور <input type="checkbox"/> دانشگاه های خارج از کشور</p> <p>دانشگاه محل تحصیل: نام دانشگاه: زمان فارغ التحصیلی: شماره نظام پزشکی: تذکر: شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشند به صورت نمونه نوشته شوند: م-۱۹۹۶</p>			
<p><input type="checkbox"/> عدم وابستگی استخدامی به دولت - <input type="checkbox"/> عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی</p> <p><input type="checkbox"/> عضو هیئت علمی نیمه وقت <input type="checkbox"/> کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی - <input type="checkbox"/> کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها <input type="checkbox"/> کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها - <input type="checkbox"/> ضریب کا - <input type="checkbox"/> کارمند بازنشسته</p>			

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



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

فرم درخواست بهره برداری

نوبت کاری								
نوبت های کاری دقیقاً مطابق با ساعات کاری مسئول فنی 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 و عصر 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 <input type="checkbox"/>	بخشی از موسسه <input type="checkbox"/>	نام بخش مربوطه:
منظور از بخش، قسمتی است که مسئول فنی، مسئولیت فنی آن را تقبل نموده است		

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
<input type="checkbox"/> اصل فرم مشخصات متقاضی مسئول فنی <input type="checkbox"/> اصل فرم تقبل مسئولیت فنی <input type="checkbox"/> اصل و تصویر کارت ملی <input type="checkbox"/> دو قطعه عکس 3x4	<input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه مطب معتبر <input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی <input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما <input type="checkbox"/> اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز
<input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم اعتیاد <input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت <input type="checkbox"/> کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت (ویژه آقایان) <input type="checkbox"/> اصل و تصویر (آخرین حکم کارگزینی/یا) تائیدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول برای افراد بدون حکم کارگزینی (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)	<input type="checkbox"/> اصل و تصویر (دانشنامه/یا) تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح یا معافیت از طرح) <input type="checkbox"/> گواهی گذراندن دوره بازآموزی و یا تعهد گذراندن آن <input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی دوره های مورد نیاز <input type="checkbox"/> اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز (در صورت لزوم بر اساس آئین نامه)
<input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی عدم نیاز در ساعات غیر موظف مطابق با ساعات کاری در موسسه (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری)	<input type="checkbox"/> اصل و تصویر آخرین مدرک تحصیلی <input type="checkbox"/> اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما (ویژه کاردان های اپتیک) <input type="checkbox"/> گواهی قبولی در آزمون وزارت بهداشت (ویژه عینک طبی)
❖ 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.	



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

فرم درخواست بهره برداری

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

تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی:

اینجانب _____ با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان مسئول فنی ، مندرجات این فرم را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- ۱- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۲- شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۳- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه فعالیت ندارم.
- ۴- در صورت درخواست استعفا حداقل ۳ ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (در صورت 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



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

فرم درخواست بهره برداری

فرم مشخصات تجهیزات

ردیف	نام دستگاه	بخش مورد استفاده	شرکت سازنده	مدل دستگاه	سال ساخت دستگاه	کشور سازنده	شماره شناسه یا سریال	سال نصب دستگاه
۱								
۲								
۳								
۴								
۵								
۶								
۷								
۸								
۹								
۱۰								
۱۱								
۱۲								
۱۳								
۱۴								
۱۵								
۱۶								

تذکرات مهم:

- ✓ لطفا تنها تجهیزات تخصصی ثبت شود.
- ✓ از ثبت اقلام مصرفی جدا خودداری گردد.



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

فرم درخواست بهره برداری

- ✓ 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 تأییدیه های لازم از اداره کل تجهیزات پزشکی الزامی است.

فرم مشخصات فیزیکی موسسه

فرم مشخصات فیزیکی موسسه:	
زیربنای موسسه (متر مربع):	
نوع مالکیت ساختمان: <input type="checkbox"/> شخصی <input type="checkbox"/> استیجاری <input type="checkbox"/> وقفی <input type="checkbox"/> خیریه <input type="checkbox"/> دولتی	
در صورتیکه مالکیت ساختمان ترکیبی از گزینه های موجود باشد، می توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.	
آیا موسسه دارای ساختمان مستقل می باشد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
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: <input type="checkbox"/> مسکونی <input type="checkbox"/> اداری / تجاری <input type="checkbox"/> بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> پلاک ثبتی:	
آیا در ساختمان واحد مسکونی وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
در صورت پاسخ مثبت ارائه رضایت نامه از ساکنین الزامی است.	



فرم درخواست بهره برداری

فضاهای موسسه

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
مدیریت یا مسئول فنی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق دیالیز		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق عمل سرپایی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
اطلاعات و پذیرش		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق سونوگرافی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق تزریقات و پانسمان		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
بایگانی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق رادیوگرافی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق احیاء		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
آبدارخانه		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق سنجش تراکم استخوان		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق گچ گیری		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
تی شویی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق ماموگرافی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق کاردرمانی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
اتبار ملزومات		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق رادیولوژی دک و دهان و صورت		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق گفتاردرمانی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
اتاق استریلیزاسیون		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق عمل		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق شنوائی سنجی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
اتاق رختشویخانه		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق اکوکاردیوگرافی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق فیزیوتراپی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
محل نگهداری موقت زیاله		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق تست ورزش		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق بینائی سنجی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
اتبار کیف		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		آزمایشگاه		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق مشاوره تغذیه		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
استراحت پزشک		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق معاینه ارتز		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق کاروپراکتیک		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
استراحت پرسنل		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق پروتز		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق مشاوره روانشناسی بالینی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
رختکن پرسنل اقا		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق قالب گیری		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق مشاوره ژنتیک		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
رختکن پرسنل خانم		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق تراش		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق مشاوره مددکار اجتماعی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
سالن انتظار		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق معاینه		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق فضای فروش مینک طبی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
سرویس بهداشتی بیماران		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق آندوسکوپی		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق مشاوره		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	
سرویس بهداشتی پرسنل		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک				<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک		اتاق اسکینینگ		<input type="checkbox"/> مستقل <input type="checkbox"/> مشترک	

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

لطفا در 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.
تذکره ۱: در صورت وجود بیش از یک اتاق از هر نوع فضا با مترهای متفاوت، لطفا مترها در قسمت مساحت با خط تیره از یکدیگر جدا شوند. به عنوان مثال در صورت وجود سه اتاق معاینه با مترهای ۱۰، ۱۲، ۲۰ در یک درمانگاه، به ترتیب ذیل عمل شود: تعداد: ۳ / مساحت: ۱۰-۱۲-۲۰
تذکره ۲: در صورتی که مترها اتاق ها با یکدیگر یکی است، فقط یک عدد نوشته شود. به عنوان مثال اگر سه اتاق معاینه با مترها ۱۲ وجود دارد در قسمت مساحت، تنها عدد ۱۲ نوشته شود.
تذکره ۳: در صورت وجود فضای درمانی خاصی که در لیست موجود ذکر نشده است، لطفا آن را درج نمایید.



فرم درخواست بهره برداری

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 در ساختمان موسسه وجود داشته باشد (همه موسسات)
تعهد محضری مبنی بر رعایت مقررات (ویژه مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار)
نقشه:
الف) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی وزارت (ویژه بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار)
ب) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی دانشگاه (ویژه مرکز جامع توانبخشی، کلیه درمانگاه ها و موسسات پرتو پزشکی)
ج) نقشه موسسه در مقیاس ۱ به ۱۰۰ همراه با چیدمان و نامگذاری فضاها (ویژه سایر موسسات)
گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری (بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار، 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 هایپر بار، 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 مدیریت 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 (در صورت 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 و مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار 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 پرتو پزشکی الزامی می باشد.



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

فرم درخواست بهره برداری



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

فرم درخواست بهره برداری

تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه موسس: ویژه اشخاص حقیقی

اینجانب با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان موسس، مندرجات این فرم ها را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- ۱- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۲- مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
- ۳- 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.
- ۴- 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 قرارداد.

نام و نام خانوادگی و امضاء و درج مهر نظام 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 و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده ۲۰ 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 باید توسط کلیه موسسان به صورت جداگانه تکمیل و امضاء شود



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

فرم درخواست بهره برداری

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

اینجانب _____ با آگاهی و قبول شرح وظایف بعنوان موسس، مندرجات این فرم ها را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- ۱- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- ۲- مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
- ۳- 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.
- ۴- به صورت حقیقی پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام

□ بلی □ خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

نام موسسه	نوع موسسه	نام موسسه	دانشگاه*

*منظور دانشگاهی است که موسسه مذکور تحت پوشش آن قرارداد.

نام و نام خانوادگی و امضاء و درج مهر نظام 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 و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده ۲۰ 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 باید توسط کلیه موسسان به صورت جداگانه تکمیل و امضاء شود



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

فرم درخواست بهره برداری

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

اینجانبان موسسان شرکت/سازمان خیریه _____ با آگاهی و قبول شرح وظایفمان بعنوان موسس، مندرجات این فرم ها را تأیید نموده و نیز تصدیق می نماییم:

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

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

۳- 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

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 و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده ۲۰ کامل می باشد.

تاریخ: _____ امضا: _____

صدور پروانه بهره برداری و مسئول فنی بلامانع است.

امضاء معاون درمان

