



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

فرم درخواست موافقت اصولی

فرم شماره ۱ - الف

مشخصات مؤسسه:

نام پیشنهادی مؤسسه (انتخاب نام در این مرحله کاملاً الزامی است):

نوع مؤسسه: (تنها یک مورد بایستی انتخاب گردد.)

- بیمارستان عمومی درمانگاه عمومی مرکز جراحی محدود مرکز درمان ناباروری مرکز درمان سوء مصرف مواد
درمانگاه تخصصی: (داخلی، غیرتهاجمی قلب و عروق، آلرژی، چند تخصصی مغز و اعصاب و روان، چند تخصصی درد، دیابت، پوست و مو)
 درمانگاه دندانپزشکی مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار 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 اختلالات 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 شنوایی، 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 میباشد الزامی است)

نوع مالکیت مؤسسه:

- حقیقی حقوقی خصوصی تعاونی خدمات بهداشتی درمانی خیریه عمومی

تذکر ۱: منظور از مالکیت عمومی، وابستگی مؤسسه 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.

تذکر ۲: کسانی که متقاضی تاسیس شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی می باشند و تا کنون شرکتی تاسیس 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 پروانه بهره 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 مؤسسه:

- صبح عصر صبح و عصر شبانه روزی

تعداد کل تخت (مخصوص بیمارستان):

نام و نام خانوادگی نماینده متقاضیان تاسیس:

پست الکترونیکی:

تلفن تماس (ترجیحاً همراه):

در صورتیکه متقاضی تاسیس یک نفر باشد نیازی به اطلاعات فوق نمی باشد



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

فرم درخواست موافقت اصولی فرم شماره ۲

مشخصات متقاضی تاسیس:			
نام:	نام خانوادگی:	کد ملی:	نام پدر:
شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد: / /	محل تولد:
نشانی محل سکونت:			
شهر:	خیابان اصلی:	خیابان فرعی:	پلاک:
پیش شماره:	تلفن:	تلفن همراه:	کد پستی:
پست الکترونیک:	وب سایت:		
این قسمت براساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد.			
مقطع: <input type="checkbox"/> کاردان <input type="checkbox"/> کارشناس <input type="checkbox"/> کارشناس ارشد <input type="checkbox"/> دکترای حرفه ای <input type="checkbox"/> PhD <input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> فوق تخصص <input type="checkbox"/> رشته / تخصص:			
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			
دانشگاه محل تحصیل: نام دانشگاه: زمان فارغ التحصیلی: شماره نظام پزشکی: تذکر: شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشد به صورت نمونه نوشته شوند: م-۱۹۹۶			
<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 <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"/> کارمند بازنشسته			

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل 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:
<input type="checkbox"/> حقیقی <input type="checkbox"/> حقوقی خصوصی <input type="checkbox"/> تعاونی خدمات بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> خیریه		
نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد)		



فرم درخواست موافقت اصولی

مدارک متقاضی تاسیس

مدارک اختصاصی		مدارک عمومی
<input type="checkbox"/> اصل و تصویر پروانه دائم <input type="checkbox"/> اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی	پزشک و دندانپزشک، داروساز، دکترای علوم آزمایشگاهی، کاپروپراکتیک، ماما	<input type="checkbox"/> اصل فرم های تقاضای موافقت اصولی (فرم شماره ۱ الف و ب" و فرم شماره ۲) <input type="checkbox"/> اصل فرم تقبل وظایف موسس
	<input type="checkbox"/> اصل و تصویر (دانشنامه) / یا (تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح با معافیت از طرح) سابقه فعالیت لازم در خصوص موسسین فیزیوتراپی در ۵ شهر بزرگ مطابق با آئین نامه مربوطه	پیراپزشک
<input type="checkbox"/> اصل و تصویر آخرین مدرک تحصیلی	سایرین	<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 تاییدیه اشتغال از بالاترین مقام مسوول اداری برای مستخدمین کشوری و لشگری که دارای حکم کارگزینی نیستند) (ویژه مستخدمین کشوری و لشگری) قرارداد تاسیس امضاء شده توسط متقاضی یا متقاضیان
منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه متقاضیان تاسیس (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه) باید ارائه نمایند. مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی متقاضیان تاسیس باید ارائه شود و مربوط به کلیه متقاضیان تاسیس نمی باشد.		

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

عمومی	حقوقی خصوصی	خیریه	شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی
<input type="checkbox"/> نامه درخواست از بالاترین مقام بهداشتی درمانی مربوطه	<input type="checkbox"/> اساسنامه شرکت با قید اجازه فعالیت بهداشتی درمانی در آن	<input type="checkbox"/> اساسنامه خیریه	<input type="checkbox"/> اساسنامه شرکت
<input type="checkbox"/> تاییدیه وزارت بهداشت و مصوبه هیئت محترم وزیران	<input type="checkbox"/> گواهی ثبت شرکتها	<input type="checkbox"/> لیست هیئت امنا	<input type="checkbox"/> گواهی ثبت شرکتها
	<input type="checkbox"/> آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی	<input type="checkbox"/> نامه دفتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی	<input type="checkbox"/> آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی
	شماره ثبت :	شماره ثبت :	<input type="checkbox"/> موافقت اصولی تعاونی
			شماره ثبت :



فرم درخواست موافقت اصولی

تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه متقاضی تاسیس: (ویژه اشخاص حقیقی)

اینجانب تصدیق می نمایم:

۱. با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول دارم.
۲. آئین نامه موسسه درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن می باشم.
۳. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
۴. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و موافقت اصولی و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود بصورت یکطرفه و بدون طرح در مراجع قضائی، موافقت اصولی صادر شده را ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
۵. به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده) موافقت اصولی و یا 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: فیزی- سایر شرکتهای شرکت تعاونی خدمات بهداشتی، درمانی

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

نام و نام خانوادگی- 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.	تاریخ:
امضا:	
امضاء معاون درمان	<input type="checkbox"/> صدور موافقت اصولی بلامانع است

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



فرم درخواست موافقت اصولی

تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه متقاضیان تاسیس: ویژه اشخاص حقوقی (افراد مؤسس)

اینجانب تصدیق می نمایم:

۱. با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول دارم.
۲. آئین نامه مؤسسه درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن می باشم.
۳. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
۴. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری مؤسسه دیگری را دریافت نموده ام.

بلی خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

نوع مؤسسه	نام مؤسسه	دانشگاه*

۵. به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده) موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری مؤسسه دیگری را دریافت نموده ام.

بلی خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

نوع مؤسسه	نام مؤسسه	دانشگاه*	نحوه مشارکت: فیزیبه- سایرشرکتها شرکت تعاونی خدمات بهداشتی، درمانی

*منظور دانشگاهی است که مؤسسه 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:
<input type="checkbox"/> صدور موافقت اصولی بلامانع است	امضاء معاون درمان

در صورت وجود بیش از یک نفر مؤسس این فرم باید توسط کلیه مؤسسان به صورت جداگانه تکمیل و امضاء شود



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

فرم درخواست موافقت اصولی

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

اینجانبان موسسان شرکت/سازمان تصدیق می نماییم:

۱. با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول داریم.
۲. آئین نامه موسسه درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن می باشیم.
۳. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ایم.
۴. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقوقی موسس موسسه دیگری نبوده و موافقت اصولی و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ایم و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود بصورت یکطرفه و بدون طرح در مراجع قضائی، موافقت اصولی صادر شده را 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 پروانه‌ها) است و مدارک جهت طرح پرونده در کمیسیون ماده ۲۰ کامل می باشد .
تاریخ: امضا:

صدور موافقت اصولی بلامانع است

امضاء معاون درمان