



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

معاونت درمان

مدیریت درمان

فرمها و مدارک لازم جهت تاسیس موسسات پزشکی و پیراپزشکی

بسته استاندارد شده شماره یک

(نسخه اخذ موافقت اصولی)

فرم ورود اطلاعات برای اخذ موافقت اصولی

معاونت سلامت - اداره امور پروانه ها

شماره نامه:

تاریخ:



مشخصات موسسه:

• انتخاب نام در این مرحله کاملاً الزامی است. در کلیه شهرهای دارای منطقه شهرداری، منطقه ذکر شود.

نام قطعی موسسه:

دانشگاه:

شهر:

منطقه:

نوع هویت موسسین: حقیقی حقوقی (خیریه خصوصی عمومی:)

ساعات فعالیت موسسه (پیشنهادی): شیفت صبح شیفت عصر شیفت شب (غیر از مراکز که الزاماً شبانه روزی هستند)

تعداد تخت درخواستی: (تنها در مورد بیمارستان)

Req. ID:

Inst. Code:

نوع موسسه:

تنها یک مورد بایستی انتخاب گردد.

- بیمارستان عمومی
 درمانگاه عمومی
 مرکز جراحی محدود
 مرکز درمان ناباورری
 درمانگاه تخصصی: (داخلی، غیرتهاجمی قلب و عروق، آلرژی، چند تخصصی مغز و اعصاب و روان، چند تخصصی درد، دیابت، پوست)
 درمانگاه دندانپزشکی عمومی
 درمانگاه دندانپزشکی تخصصی پزشکی هسته ای
 آمبولانس خصوصی
 عینک طبی
 مرکز تصویربرداری
 فیزیوتراپی
 مرکز تصویربرداری
 موسسه رادیولوژی
 مرکز درمان سوء مصرف مواد
 مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل
 مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری
 مرکز جامع توانبخشی

موسسین:

اخذ اطلاعات در مورد کلیه اشخاص که بصورت حقوقی متقاضی تاسیس هستند نیز الزامی است (شرکت تعاونی، خیریه و ...)

حداقل تعداد در برگه بند سه راهنمای بسته یک توضیح داده شده است.

تعداد موسسین: نفر*

ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره فرم مشخصات متقاضی موافقت اصولی	ردیف	نام و نام خانوادگی	شماره فرم مشخصات متقاضی موافقت اصولی

مشخصات تماس با نماینده موسسین: آدرس پست الکترونیک: شماره تماس (ترجیحاً همراه):

نیازسنجی:

• ذکر نظر معاونت درمان چه موافق و چه مخالف الزامی است. در مورد شهر تهران اطلاعات شهر ذکر نگردد.

اطلاعات جمعیتی: جمعیت شهر: جمعیت منطقه:

تعداد موسسه: دائر- شهر: موافقت اصولی-شهر: دائر- منطقه: موافقت اصولی-منطقه:

تعداد تخت (شهر): ثابت: فعال: میانگین درصد اشغال تخت: (در مورد تقاضای بیمارستان تکمیل گردد)

فاکتورهای خاص از نظر شرایط منطقه ای / نیازهای علمی / شرایط خاص موسسین:

نظریه معاونت درمان: تاریخ وصول درخواست توسط معاونت درمان ()

تایید معاونت درمان:

مشخصات متقاضی موافقت اصولی

معاونت سلامت - اداره امور پروانه ها

شماره فرم مشخصات:



* پر نمودن آیتم های دارای علامت ستاره اجباری است

مشخصات فردی:

این قسمت مطابق با اطلاعات مندرج در شناسنامه پر شود - تکمیل کد ملی و کدپستی ده رقمی کاملاً ضروری است.

نام: (آقای/خانم) * نام خانوادگی: * نام پدر: *
 شماره شناسنامه: * محل صدور: * تاریخ تولد: * / * / *
 کد ملی: * - * - * کدپستی: * محل تولد: (شهرستان/دهستان)

مشخصات تماس:

با مرکزیت سامانه اطلاعاتی این اداره در وزارت متبوع در کلیه زیر مجموعه ها از این اطلاعات برای تماس با فرد استفاده خواهد شد.
 * پر نمودن آدرس دقیق الزامی می باشد. - تلفن با پیش شماره شهر درج شود.
 * با پر نمودن قسمت شماره همراه و ایمیل، در لیست سامانه اطلاع رسانی این اداره قرار خواهید گرفت.

استان: * شهر: * همراه: *
 آدرس محل سکونت: * تلفن: () *
 آدرس محل کار: * تلفن محل کار: () *
 Email: * Web page: *

مدرک تحصیلی (آخرین مقطع):

این قسمت براساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد..

رشته تحصیلی: * مقطع: * تخصص: *
 دانشگاه محل تحصیل: * زمان فارغ التحصیلی: * / * / *
 نوع دانشگاه: * () دانشگاه دولتی () دانشگاه آزاد اسلامی () سایر دانشگاههای کشور () دانشگاه های خارج از کشور
 شماره نظام پزشکی: *

سوابق کاری (بعد از فارغ التحصیلی):

در هر سابقه کاری حتما «عنوان شغلی»، زمان شروع و پایان آن و ارگان یا محل انجام آن ذکر گردد.

زمان شروع-خاتمه کار	عنوان کاری	ارگان یا محل انجام کار
۱.		
۲.		
۳.		
۴.		

در صورت عضویت در موسسه دیگر به عنوان موسس یا مسئول فنی در حال حاضر، نام و نوع موسسه/زمان فعالیت/محل آنرا قید فرمائید:

وضعیت اشتغال فعلی: { اشتغال در بخش دولتی () بصورت ضریب کا () بصورت خرید خدمت () } { () غیره }
 {مستخدمین دولتی () قطعی-هیئت علمی () پیمانی-هیئت علمی () قطعی-غیرهیئت علمی () پیمانی-غیرهیئت علمی () قطعی-هیئت علمی ()}

تایید صحت مشخصات و تعهدنامه:

اینجانب تصدیق می نمایم:

- با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول دارم.
- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان موسس بصورت حقیقی، بیش از یکبار و بصورت حقوقی نیز بیش از یکبار در کل موسسات کشور عضو نبوده ام.
- آئین نامه مرکز درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن هستم.
- (در مورد مستخدمین دولت) متعهد می شوم اگر حضورم برابر با آئین نامه موسسه به عنوان مسئول فنی الزامی باشد، عدم نیاز از محل خدمت ارائه نمایم.

امضاء و درج مهر نظام پزشکی:

تایید معاونت درمان:

چک لیست مدارک ارسالی متقاضی موافقت اصولی

معاونت سلامت - اداره امور پروانه ها

شماره فرم مشخصات:



مشخصات متقاضی:

نام و نام خانوادگی:

چک لیست مدارک همراه تقاضای موافقت اصولی برای هر فرد:

ردیف	نوع مدرک	اصل	تصویر مصدق	
۱	فرم شماره دو (مشخصات متقاضی موافقت اصولی)	ارسال	× عدم نیاز ×	
۲	فرم شماره سه (چک لیست مدارک ارسالی متقاضی موافقت اصولی)	ارسال	× عدم نیاز ×	
۳	شناسنامه	(رویت شد)	تصویر تمام صفحات شناسنامه و کارت ملی در یک برگ A4	
۴	کارت ملی	(رویت شد)		
۵	گواهی عدم اعتیاد	ارسال	× عدم نیاز ×	
۶	گواهی عدم سوء پیشینه کیفری جهت تمام موسسین (حتی مستخدمین دوایر دولتی)	ارسال	× عدم نیاز ×	
۷	گروه پزشکی	آخرین مدرک تحصیلی و کارت پایان خدمت یا کارت معاف از خدمت (آقایان)	ارسال	
		پروانه دائم و پروانه مطب معتبر		پزشکی و دندان پزشکی
		(یا تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح با معافیت از طرح)		سایرین
۸	(کلید اعضای نظام پزشکی) گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی	(رویت شد)	ارسال	
۹	مستخدمین دولتی:	(آخرین حکم کارگزینی و ارائه گواهی عدم سوء پیشینه کیفری)	ارسال	
		(یا تائیدیه اشتغال از بالاترین مسئول برای کسانی که افراد بدون حکم کارگزینی)		

تایید کننده:

نام و نام خانوادگی کارشناس (مهر):

امضاء



نحوه ارسال کلیه مدارک درخواست موافقت اصولی موسسه:

- کلیه مدارک در یک پوشه و داخل یک پاکت قرار گیرد.
- ترتیب قرار دادن مدارک در پوشه حتماً به ترتیب ذکر شده مدارک در این قسمت باشد.
- تمام مدارک با گیره ده سانتی به پوشه متصل شوند.

ترتیب مدارک در پوشه ارسالی:

۱. فرم ورود اطلاعات برای اخذ موافقت اصولی (فرم استاندارد شماره یک)

۲. (در مورد درخواست اشخاص حقوقی):

i. تصویر مصدق اساسنامه شرکت

ii. تصویر مصدق گواهی ثبت شرکتها

iii. تصویر مصدق آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی

۳. قرارداد تاسیس (فرم شماره چهار - بسته به نوع موسسه)

۴. کلیه فرم های مشخصات متقاضی/متقاضیان موافقت اصولی (فرم استاندارد شماره دو) به ترتیب شماره ردیف درج شده در فرم شماره یک

۵. به ازای هر متقاضی ترتیب مدارک (به تفکیک هر فرد و به ضمیمه):

i. تصویر مصدق شناسنامه و تصویر مصدق کارت ملی (همراه صفحات مصدق شناسنامه در یک صفحه A4)

ii. اصل گواهی عدم اعتیاد

iii. اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری

iv. تصویر مصدق پروانه دائم (پزشک-دندانپزشک)

/یا تصویر مصدق دانشنامه (پیراپزشک)

/یا تصویر مصدق تسویه حساب صندوق رفاه + تصویر مصدق پایان طرح یا معافیت از طرح (پیراپزشک)

/یا {تصویر مصدق مدرک تحصیلی + کارت پایان خدمت یا کارت معاف از خدمت (آقایان) } (سایرین)

v. (کلیه اعضاء نظام پزشکی) اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی

vi. تصویر مصدق آخرین حکم کارگزینی

/یا تصویر مصدق تأییدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول اداری

مدارک سایر متقاضیان با توجه به شماره ردیف متقاضی در لیست اسامی موسسین در فرم ورود اطلاعات، به

ترتیب فوق الذکر در پوشه گذاشته شود.