



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

فرم اطلاعات شناسنامه‌ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی

مشخصات مؤسسه			
نوع مؤسسه (بر اساس متن پروانه‌ی تأسیس):			
نام مؤسسه (بر اساس متن پروانه‌ی تأسیس):			
(در صورتی که مؤسسه فاقد نام ثبت شده است، نام مؤسس قید شود)			
استان:	شهر:	نشانی پستی:	
منطقه‌ی شهرداری:	کد پستی:		
تلفن:	کد شهر:		
نوع مالکیت مؤسسه: ☐ حقیقی ☐ حقوقی خصوصی یا تعاونی ☐ خیریه ☐ عمومی*			
نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه‌ی خیریه در صورت مالکیت حقوقی یا عمومی:			
نوبت کاری فعالیت مؤسسه: ☐ صبح ☐ عصر ☐ صبح و عصر ☐ عصر و شب ☐ شبانه‌روزی			
درجه‌ی ارزش‌یابی (ویژه‌ی بیمارستان‌ها):		تعداد تخت (ویژه‌ی بیمارستان‌ها):	
تعداد آمبولانس‌های موجود در مؤسسه:			
نوع مالکیت ساختمان*: ☐ شخصی ☐ استیجاری ☐ وقفی ☐ دولتی ☐ زیربنای مؤسسه (متر مربع):			

* منظور از مالکیت عمومی، وابستگی به قوای سه‌گانه، نیروهای مسلح یا دیگر سازمان‌های دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری‌ها، هلال احمر، سازمان تأمین اجتماعی و...) است.

** در صورتی که مالکیت ساختمان ترکیبی از گزینه‌های موجود باشد، می‌توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.

مشخصات مؤسسان*					
ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	رشته‌ی تحصیلی	مقطع تحصیلی
۱					وضعیت اشتغال**
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					

* در صورتی که تعداد مؤسسان بیش از هفت نفر است، لطفاً اسامی بقیه‌ی مؤسسان در فرم پیوست ۱ قید شود. برای مؤسسات حقوقی خصوصی، تعاونی و خیریه، درج اسامی مؤسسان الزامی است.

** در ستون «وضعیت اشتغال»، عدد مربوط به یکی از این گزینه‌ها قید شود: (۱) عدم وابستگی استخدامی به دولت؛ (۲) عضو هیأت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۳) کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیأت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۴) کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارت‌خانه‌ها یا سازمان‌ها؛ (۵) کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌ها. کارمندان بازنشسته، طرحی و ضریب K باید گزینه‌ی ۱ (عدم وابستگی استخدامی به دولت) را قید کنند.

مشخصات بخش‌ها (بر اساس مندرجات پروانه‌ی تأسیس)*						
ردیف	نام بخش	زیربنا (متر مربع)	تعداد تخت بستری**	نوبت کاری بخش		
				صبح	عصر	شب
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						

* تکمیل این جدول تنها برای مؤسساتی که دارای بخش هستند، الزامی است. در صورتی که تعداد بخش‌ها بیش از پنج عدد باشد، لطفاً اسامی بقیه‌ی بخش‌ها در فرم پیوست ۲ قید شود.

** تکمیل ستون «تعداد تخت بستری» تنها برای بیمارستان‌ها الزامی است.

نام و نام خانوادگی و امضای تکمیل‌کننده‌ی فرم (مؤسس یا نماینده‌ی مؤسسان):		مهر مؤسسه:
این قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه تکمیل می‌شود.		
صحت مندرجات فرم و تعداد برگ مدارک پیوست مورد تأیید این‌جانب (کارشناس صدور پروانه‌ها) است.		
تاریخ:	امضا:	
تاریخ:	امضا:	
تاریخ:	امضا (معاون درمان):	



وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی
معاونت سلامت
مرکز نظارت و اعتباربخشی امور درمان

فرم اطلاعات شناسنامه‌ای مؤسسات پزشکی و پیراپزشکی

مشخصات مسؤولان فنی									
ردیف	نام	نام خانوادگی	کد ملی	رشته‌ی تحصیلی	مقطع تحصیلی	وضعیت اشتغال*	تاریخ اعتبار پروانه‌ی مطب	محل فعالیت**	نوبت کاری
۱									
۲									
۳									
۴									
۵									
۶									
۷									
۸									
۹									
۱۰									
۱۱									
۱۲									
۱۳									
۱۴									
۱۵									
۱۶									
۱۷									
۱۸									
۱۹									
۲۰									

* در ستون «وضعیت اشتغال»، عدد مربوط به یکی از این گزینه‌ها قید شود: (۱) عدم وابستگی استخدامی به دولت؛ (۲) عضو هیأت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۳) کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیأت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه‌های علوم پزشکی؛ (۴) کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه‌ها یا سازمان‌ها؛ (۵) کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمان‌ها. کارمندان بازنشسته، طرحی و ضریب K باید گزینه‌ی ۱ (عدم وابستگی استخدامی به دولت) را قید کنند.

** در ستون «محل فعالیت» در صورتی که مسؤول فنی، مسؤولیت کل مؤسسه را بر عهده دارد، عبارت «کل مؤسسه» و در صورتی که مسؤولیت بخش خاصی (مانند رادیولوژی، آزمایشگاه و...) را بر عهده دارد، نام آن بخش قید می‌شود.