

بسمه تعالی

* فرم تقبل مسؤلیت فنی واحد تزریقات و پانسمان *

مدیریت محترم امور درمان دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مراغه

سلام علیکم

احتراماً اینجانب آقای/خانم دکتر..... دارای مدرک تحصیلی

فارغ التحصیل از دانشگاه در سال..... به آدرس مطب.....

ساعات کار مطب متقاضی صدور مجوز تاسیس واحد تزریقات و پانسمان در مطب اینجانب با

تصدی خانم/آقای دارای مدرک تحصیلی می باشم و ضمن تایید

صلاحیت اخلاقی و کاری ایشان متعهد می شوم که علاوه بر نظارت دقیق قوانین و تعرفه های مصوب را

کاملاً رعایت نمایم و مسولیت کلیه امور مربوط به واحد تزریقات و پانسمان برعهده اینجانب می باشد. بدیهی

است در صورت انصراف از مسؤلیت فنی نامبرده و هرگونه آدرس تزریقات جهت سلب مسؤلیت از اقدامات

متعاقب آن مراتب را در اولین فرصت به صورت کتبی به اداره امور درمان اطلاع خواهم داد.

مهر و امضاء پزشک

تاریخ: