

فرم تقبل مسئولیت فنی

اینجانب آقای/خانم پزشک عمومی/متخصص/کارشناس..... دارای شماره نظام پزشکی..... با خواندن دقیق شرح وظایف پیوست و نیز اطلاع از مفاد آئین نامه موسسه.....مسئولیت..... فنی نوبت/نوبت های کاری.....را در موسسه.....از تاریخ صدور پروانه مسئول فنی، طبق قرارداد به مدت..... سال تقبل نموده و تعهد می نمایم در مدت قرارداد خود با موسسه فوق در نوبت های کاری قید شده در پروانه مسئولیت فنی، در موسسه حضور داشته و چنانچه قصد استعفا داشته باشم (غیر از موارد اضطراری) مراتب را حداقل ۳ ماه پیش از ترک موسسه به موسس اطلاع دهم و در هر صورت تا ۳ ماه پس از انصراف در صورت عدم معرفی مسئول فنی دیگر، مسئولیت امور موسسه به عهده اینجانب می باشد.

نام و نام خانوادگی، مهر و امضاء مسئول فنی

تاریخ

فرم تقبل وظایف موسس

(ویژه پیراپزشکان)

اینجانب،..... دارای کدملی.....
موسس/یکی از موسسین موسسه..... با خواندن دقیق شرح وظایف و نیز اطلاع از مفاد
آئین نامه موسسه..... ضمن تعهد رعایت شرح وظایف خود، کلیه شرح وظایف مسئول فنی را قبول داشته و
اختیارات لازم را در این زمینه به ایشان میدهم. ضمناً اینجانب گواهی می نمایم که کلیه تعهدات قانونی خود را گذرانده ام و
در صورت اثبات خلاف این امر، دانشگاه مجاز خواهد بود اقدامات قانونی لازم را انجام دهد.

فرم تقبل وظایف موسس

(ویژه کلیه پزشکان اعم از عمومی، متخصص و دندانپزشکان)

اینجانب،..... دارای کدملی..... شماره نظام پزشکی.....
موسس/یکی از موسسین موسسه..... با خواندن دقیق شرح وظایف و نیز اطلاع از مفاد
آئین نامه موسسه..... ضمن تعهد رعایت شرح وظایف خود، کلیه شرح وظایف مسئول فنی را قبول داشته و
اختیارات لازم را در این زمینه به ایشان میدهم. ضمناً اینجانب گواهی می نمایم که کلیه تعهدات قانونی خود را گذرانده ام و
در صورت اثبات خلاف این امر، دانشگاه مجاز خواهد بود اقدامات قانونی لازم را انجام دهد.

نام و نام خانوادگی و امضاء موسس

فرم اعلام همکاری پرسنل با موسسه

اینجانب،..... با کد ملی..... دارای مدرک تحصیلی..... و نظام پزشکی.....
همکاری خود را در نوبت کاری صبح/عصر/شب
روز های.....
ساعات.....
با موسسه.....
اعلام می نمایم. ضمناً تعهد می نمایم که در ساعات حضور در این موسسه، در هیچ موسسه دیگری حضور نداشته باشم.

نام و نام خانوادگی و امضاء