



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

فرم درخواست بهره برداری

مشخصات مؤسسه		
نام مؤسسه:		
نوع مؤسسه (مطابق موافقت اصولی):		
دانشگاه:	شهر:	منطقه:
(برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری میباشند الزامی است)		
نوع مالکیت مؤسسه: <input type="radio"/> حقیقی <input type="radio"/> حقوقی خصوصی <input type="radio"/> تعاونی خدمات بهداشتی درمانی <input type="radio"/> خیریه <input type="radio"/> عمومی		
منظور از مالکیت عمومی، وابستگی مؤسسه به یکی از سه قوای سه گانه نیروهای مسلح یا دیگر سازمانهای دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری ها، هلال احمر، سازمان تامین اجتماعی و ...) است.		
نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه ی خیریه در صورت مالکیت حقوقی یا عمومی:		
نحوه اداره مؤسسه: <input type="radio"/> انتفاعی <input type="radio"/> غیر انتفاعی <input type="radio"/> خیریه		
منظور از غیر انتفاعی موسساتی هستند که هدف از تاسیس آن ها انتفاع نبوده و ضمن رعایت تعرفه های دولتی در آمد حاصله از فعالیت مؤسسه، صرف هزینه های مؤسسه می گردد		
نوبت کاری مؤسسه: <input type="radio"/> صبح <input type="radio"/> عصر <input type="radio"/> صبح و عصر <input type="radio"/> شبانه روزی		
تعداد کل تخت (بخصوص بیمارستان):	تعداد تخت عمومی:	تعداد تخت های ویژه:
تاریخ موافقت اصولی:	شماره موافقت اصولی:	تاریخ اعتبار موافقت اصولی:
<p>با توجه به این که نشانی دقیقا در متن پروانه بهره برداری درج می شود لطفا نشانی را به صورت کامل و مانند نمونه زیر بنویسید:</p> <p>تهران، خیابان ولی عصر، خیابان وصال شیرازی، کوچه نسترن، بن بست شقایق، پلاک 5، طبقه دوم، واحد 4</p> <p>نشانی:</p> <p>کدپستی/صندوق پستی:</p> <p>تلفن:</p> <p>تلفن همراه مدیریت/مسئول فنی:</p> <p>پست الکترونیک:</p> <p>نمابر:</p> <p>وب سایت:</p>		

نام و نام خانوادگی مسئولین فنی:

نام و نام خانوادگی	محل فعالیت مسئول فنی	ع.ج.	نام و نام خانوادگی	محل فعالیت مسئول فنی	ع.ج.

با توجه به اینکه مشخصات کامل مسئولین فنی باید در صفحه مشخصات مسئول فنی ثبت شود در این قسمت تنها نام و نام خانوادگی و محل فعالیت مسئول فنی نوشته شود منظور از محل فعالیت این است که ایشان مسئول فنی کل مؤسسه هستند یا مسئول فنی بخش خاصی از مؤسسه که در این صورت باید نام بخش مربوطه نوشته شود.



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

فرم درخواست بهره برداری

قسمت / واحد/بخش های موجود در موسسه:

در این قسمت تنها بخش ها و قسمت های داخل موسسه علامت زده شود به عنوان مثال چنانچه موسسه درخواستی فیزیوتراپی است، گزینه فیزیوتراپی در جدول زیر انتخاب نشود. یا اگر مرکز درمان سوء مصرف مواد است گزینه درمان سوء مصرف مواد انتخاب نشود

بخشها	تعداد تختها	بخشها	تعداد تختها	بخشها	تعداد تختها	بخشها	تعداد تختها
پزشکی عمومی	<input type="checkbox"/>	دندانپزشکی	<input type="checkbox"/>	ششوائی سنجی	<input type="checkbox"/>	بینائی سنجی	<input type="checkbox"/>
داخلی	<input type="checkbox"/>	پوست	<input type="checkbox"/>	روانپزشکی	<input type="checkbox"/>	تغذیه	<input type="checkbox"/>
زنان	<input type="checkbox"/>	آزمایشگاه	<input type="checkbox"/>	عفونی	<input type="checkbox"/>	روانشناسی بالینی	<input type="checkbox"/>
اطفال	<input type="checkbox"/>	داروخانه	<input type="checkbox"/>	داخلی مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/>	جراحی مغز و اعصاب	<input type="checkbox"/>
جراحی عمومی	<input type="checkbox"/>	فیزیوتراپی	<input type="checkbox"/>	داخلی گوارش	<input type="checkbox"/>	داخلی غدد	<input type="checkbox"/>
ارولوژی	<input type="checkbox"/>	نوزادان	<input type="checkbox"/>	ارتوپدی	<input type="checkbox"/>	ارتوپدی فنی	<input type="checkbox"/>
رادیولوژی	<input type="checkbox"/>	تصویر برداری	<input type="checkbox"/>	CCU	<input type="checkbox"/>	ICU	<input type="checkbox"/>
رادیوگرافی	<input type="checkbox"/>	رادیوگرافی دیجیتال	<input type="checkbox"/>	NICU	<input type="checkbox"/>	ICU سوختگی	<input type="checkbox"/>
سونوگرافی	<input type="checkbox"/>	رادیولوژی فک و دهان و صورت	<input type="checkbox"/>	سوختگی	<input type="checkbox"/>	دیابت	<input type="checkbox"/>
ماموگرافی	<input type="checkbox"/>	ماموگرافی دیجیتال	<input type="checkbox"/>	داخلی ریه	<input type="checkbox"/>	کاپروپراکتیک	<input type="checkbox"/>
OPG	<input type="checkbox"/>	OPG دیجیتال	<input type="checkbox"/>	داخلی قلب و عروق	<input type="checkbox"/>	جراحی قلب و عروق	<input type="checkbox"/>
رادیوگرافی پری اپیکال	<input type="checkbox"/>	رادیوگرافی پری اپیکال دیجیتال	<input type="checkbox"/>	پلاستیک (جراحی ترمیمی)	<input type="checkbox"/>	عینک طبی	<input type="checkbox"/>
رادیواسکوپ	<input type="checkbox"/>	رادیوتراپی	<input type="checkbox"/>	انکولوژی	<input type="checkbox"/>	مامایی	<input type="checkbox"/>
MRI	<input type="checkbox"/>	CT Scan	<input type="checkbox"/>	الکتروتراپی	<input type="checkbox"/>	مکانوتراپی	<input type="checkbox"/>
سنجش تراکم استخوان	<input type="checkbox"/>	پزشکی هسته ای	<input type="checkbox"/>	UROD	<input type="checkbox"/>	نفرولوژی	<input type="checkbox"/>
INVITRO	<input type="checkbox"/>	INVIVO	<input type="checkbox"/>	اندودنتیکس	<input type="checkbox"/>		
سنگ شکن	<input type="checkbox"/>	آنژیوگرافی	<input type="checkbox"/>	دندانپزشکی اطفال	<input type="checkbox"/>		
تله تراپی	<input type="checkbox"/>	براکی تراپی	<input type="checkbox"/>	پریودنتولوژی	<input type="checkbox"/>		
کبالت ۶۰	<input type="checkbox"/>	سی تی سیمولاتور	<input type="checkbox"/>	ترمیمی	<input type="checkbox"/>		
شتاب دهنده خطی (کمتر از ۱۰ MV)	<input type="checkbox"/>	شتاب دهنده خطی (بیشتر از ۱۰ MV)	<input type="checkbox"/>	پروتزهای دندانی	<input type="checkbox"/>		
گوش و حلق و بینی	<input type="checkbox"/>	دیالیز	<input type="checkbox"/>	جراحی فک و دهان و صورت	<input type="checkbox"/>		
چشم پزشکی	<input type="checkbox"/>	درمان سوء مصرف مواد	<input type="checkbox"/>				
کاردرمانی	<input type="checkbox"/>	گفتاردرمانی	<input type="checkbox"/>				



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

فرم درخواست بهره برداری
فرم ورود اطلاعات متقاضی مسئول فنی

مشخصات متقاضی مسئول فنی :			
نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	شماره شناسنامه :
محل صدور :	تاریخ تولد : / /	کد ملی :	محل تولد :
<p>نشانی محل سکونت :</p> <p>شهر : خیابان اصلی : خیابان فرعی : پلاک : کد پستی :</p> <p>کد شهر : تلفن : تلفن همراه : وب سایت :</p> <p>پست الکترونیک :</p>			
<p>این قسمت براساس پروانه دائم / یا دانشنامه / یا پایان طرح نیروی انسانی / یا آخرین مدرک تحصیلی تکمیل گردد.</p> <p>مقطع : 1 کاردان 1 کارشناس 1 کارشناس ارشد 1 دکترای حرفه ای 1 PhD 1 متخصص 1 فوق تخصص 1 سایر رشته / تخصص و یا سایر موارد ذکر شود :</p> <p>نوع دانشگاه : 1 دانشگاه علوم پزشکی 1 دانشگاه آزاد اسلامی 1 سایر دانشگاههای کشور 1 دانشگاه های خارج از کشور</p> <p>دانشگاه محل تحصیل : نام دانشگاه : زمان فارغ التحصیلی : شماره نظام پزشکی : تذکر : شماره نظامهایی که توام با حروف و اعداد میباشند به صورت نمونه نوشته شوند : م-1996</p>			
<p>1 عدم وابستگی استخدامی به دولت - 1 عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی</p> <p>1 عضو هیئت علمی نیمه وقت 1 کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی - 1 کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها 1 کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها - 1 ضریب کا - 1 کارمند بازنشسته</p>			

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است

مشخصات پروانه مطب	شهر :	تاریخ صدور :	تاریخ اعتبار :
-------------------	-------	--------------	----------------

سوابق فعالیت :

ردیف	ارگان یا محل انجام کار	طول مدت خدمت (به ماه ذکر شود)

مجموع مدت سوابق کار : ماه



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

فرم درخواست بهره برداری

نوبت کاری								
نوبت های کاری دقیقاً مطابق با ساعات کاری مسئول فنی پر شود و علاوه بر اینکه در جدول زیر علامت زده میشود به طور جداگانه در قسمت عنوان نوبت کاری نوشته شود. به عنوان مثال :عنوان نوبت کاری: صبح روزهای فرد و عصر روزهای زوج .								
عنوان نوبت کاری:								
	شنبه	یکشنبه	دوشنبه	سه شنبه	چهارشنبه	پنج شنبه	جمعه	همه روزهای هفته
صبح								
عصر								
شب								

محل فعالیت مسئول فنی در موسسه		
کل موسسه <input type="checkbox"/>	بخشی از موسسه <input type="checkbox"/>	نام بخش مربوطه:
<small>منظور از بخش، قسمتی است که مسئول فنی، مسئولیت فنی آن را تقبل نموده است</small>		

چنانچه در حال حاضر در موسسه درمانی دیگری، مسئول فنی می باشید جدول زیر را تکمیل کنید:

نوع موسسه:	نام موسسه:	نوبت کاری:
نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد):		

مدارک مسئول فنی

مدارک عمومی	مدارک اختصاصی
<ul style="list-style-type: none"> اصل فرم مشخصات متقاضی مسئول فنی اصل فرم تقبل مسئولیت فنی اصل و تصویر کارت ملی دو قطعه عکس 3x4 	<ul style="list-style-type: none"> اصل و تصویر پروانه مطب معتبر اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز
<ul style="list-style-type: none"> اصل گواهی عدم اعتیاد اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت (ویژه آقایان) اصل و تصویر (آخرین حکم کارگزینی/یا) (تائیدیه اشتغال از بالاترین مقام مسئول برای افراد بدون حکم کارگزینی) (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری) 	<ul style="list-style-type: none"> اصل و تصویر (دانشنامه)/یا (تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح یا معافیت از طرح) گواهی گذراندن دوره بازآموزی و یا تعهد گذراندن آن اصل و تصویر گواهی دوره های مورد نیاز اصل و تصویر سوابق کاری مورد نیاز (در صورت لزوم بر اساس آئین نامه)
<ul style="list-style-type: none"> اصل و تصویر گواهی عدم نیاز در ساعات غیر موظف مطابق با ساعات کاری در موسسه) (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری) 	<ul style="list-style-type: none"> اصل و تصویر آخرین مدرک تحصیلی اصل و تصویر گواهی دوره های مهارتی مورد نیاز بر اساس نوع موسسه طبق راهنما (ویژه کاردان های اپتیک) گواهی قبولی در آزمون وزارت بهداشت
<ul style="list-style-type: none"> منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه مسئولین فنی (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه) باید ارائه نمایند. مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی مسئول فنی و نوع موسسه باید ارائه شود و مربوط به کلیه مسئولین فنی نمی باشد. 	

این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود



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

فرم درخواست بهره برداری

تایید صحت مشخصات و تعهدنامه مسئول فنی:

اینجانب با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان مسئول فنی، مندرجات این فرم را تأیید

نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- 1- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- 2- شرح وظایف خود را به دقت مطالعه نموده ام.
- 3- با در نظر گرفتن این درخواست، بعنوان مسئول فنی در سه نوبت کاری در شبانه روز و نیز در یک نوبت کاری بطور همزمان در دو موسسه فعالیت ندارم.
- 4- در صورت درخواست استعفا حداقل 3 ماه قبل مراتب را به موسس اعلام نموده و تا سه ماه پس از ارائه درخواست استعفا نیز (در صورت عدم معرفی مسئول فنی جانشین)، مسئولیت فنی موسسه را به عهده خواهم داشت.

نام و نام خانوادگی و

امضاء و درج مهر نظام پزشکی مسئول فنی

این صفحه باید برای هر مسئول فنی به طور جداگانه تکمیل و امضاء شود



فرم درخواست بهره برداری
مشخصات و مدارک پرسنل موسسه

جه :لطفا مشخصات مسوول یا مسوولین فنی در این قسمت درج نشود. مگر اینکه یک نفر، هم مسئول فنی و هم پرسنل موسسه باشد.

عدد پرسنل:

نام	نام خانوادگی	کدملی	رشته تحصیلی	مقطع تحصیلی	نوبت کاری	وزیمت انتقال در بخش دولتی *	پروانه مطب معتبر / آخرین مدرک تحصیلی	عدم سوء پیشینه کیفری	عدم سوء پیشینه انتظامی	گواهی عدم اعتیاد	اعلام همگاری	گواهی عدم نیاز
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* توجه: در این ستون عدد مربوط به یکی از گزینه های زیر قید شود:

- 1- عدم وابستگی استخدامی به دولت، 2- عضو هیئت علمی رسمی یا پیمانی تمام وقت وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی
- 3- عضو هیئت علمی نیمه وقت 4- کارمند رسمی یا پیمانی غیر هیئت علمی وزارت بهداشت یا دانشگاه علوم پزشکی 5- کارمند رسمی یا پیمانی سایر وزارتخانه ها یا سازمانها
- 6- کارمند قراردادی وزارت بهداشت یا سایر سازمانها 7- ضریب K 8- کارمند بازنشسته

تذکر:

اخذ گواهی عدم سوء پیشینه کیفری - گواهی عدم اعتیاد و گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی (مخصوص اعضاء سازمان نظام پزشکی) علاوه بر موسس و مسئول فنی، از پرسنل فنی موسسات فیزیو موسسات پرتو پزشکی، مرکز آمبولانس خصوصی، مرکز ارائه خدمات بالینی در منزل، مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری و مرکز مشاوره و خدمات مامائی و مرکز درمان سوء مصرف مواد الزامی می باشد در صورتیکه اسامی پرسنل موسسه بیشتر از فرم فوق میباشد لطفا از فرم مربوطه کپی تهیه نمایید .



فرم درخواست بهره برداری
فرم مشخصات تجهیزات

ردیف	نام دستگاه	بخش مورد استفاده	شرکت سازنده	مدل دستگاه	سال ساخت دستگاه	کشور سازنده	شماره شناسه یا سریال	سال نصب دستگاه
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								

تذکرات مهم:

- ن لطفا تنها تجهیزات تخصصی ثبت شود.
- ن از ثبت اقلام مصرفی جدا خودداری گردد.
- ن در صورت وجود بیش از یک نوع از هر یک از تجهیزات با کاربرد مشابه، ذکر جداگانه هر کدام از آنها الزامی است.
- ن برای تجهیزات سرمایه ای، اخذ تأییدیه های لازم از اداره کل تجهیزات پزشکی الزامی است.



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

فرم درخواست بهره برداری
فرم مشخصات فیزیکی موسسه

فرم مشخصات فیزیکی موسسه:	
زیربنای موسسه (متر مربع):	
نوع مالکیت ساختمان: 1 شخصی 1 استیجاری 1 وقفی 1 دولتی در صورتیکه مالکیت ساختمان ترکیبی از گزینه های موجود باشد، می توانید بیش از یک گزینه را انتخاب کنید.	
آیا موسسه دارای ساختمان مستقل می باشد؟ 1 بلی 1 خیر فقط در صورت مشترک بودن با موسسه درمانی دیگر نام و نوع آن موسسه ذکر شود:	
تعداد طبقات موسسه: فقط تعداد طبقات متعلق به موسسه مد نظر می باشد. محل استقرار طبقات موسسه در ساختمان (به عنوان نمونه زیرزمین، همکف، اول، ...)	
کاربری ملک: 1 مسکونی 1 اداری/ تجاری 1 بهداشتی درمانی	پلاک ثبتی:
آیا در ساختمان واحد مسکونی وجود دارد؟ 1 بلی 1 خیر در صورت پاسخ مثبت ارائه رضایت نامه از ساکنین الزامی است.	



فرم درخواست بهره برداری

فضاهای موسسه

نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع	نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع	نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع
مدیریت یا مسئول فنی	1	مستقل	1	اتاق دیالیز	1	مستقل	1	اتاق عمل سربانی	1	مستقل	1
اطلاعات و پذیرش	1	مستقل	1	اتاق سونوگرافی	1	مستقل	1	اتاق تزریقات و پانسمان	1	مستقل	1
بایگانی	1	مستقل	1	اتاق رادیوگرافی	1	مستقل	1	اتاق احیاء	1	مستقل	1
آبدارخانه	1	مستقل	1	اتاق سنجش تراکم استخوان	1	مستقل	1	اتاق گچ گیری	1	مستقل	1
تی شوری	1	مستقل	1	اتاق ماموگرافی	1	مستقل	1	اتاق کاردرمانی	1	مستقل	1
انبار ملزومات	1	مستقل	1	اتاق رادیولوژی دک و دهان و صورت	1	مستقل	1	اتاق گفتاردرمانی	1	مستقل	1
اتاقک استریلیزاسیون	1	مستقل	1	اتاق عمل	1	مستقل	1	اتاق شنوایی سنجی	1	مستقل	1
اتاقک رختشویخانه	1	مستقل	1	اتاق اکی کاردیوگرافی	1	مستقل	1	اتاق فیزیوتراپی	1	مستقل	1
محل نگهداری موقت زباله	1	مستقل	1	اتاق تست ورزش	1	مستقل	1	اتاق بینایی سنجی	1	مستقل	1
انبار کیف	1	مستقل	1	آزمایشگاه	1	مستقل	1	اتاق مشاوره تغذیه	1	مستقل	1
استراحت پزشک	1	مستقل	1	اتاق معاینه ارتز	1	مستقل	1	اتاق کایروپراکتیک	1	مستقل	1
استراحت پرسنل	1	مستقل	1	اتاق پروتز	1	مستقل	1	اتاق مشاوره روانشناسی بالینی	1	مستقل	1
رختکن پرسنل اقا	1	مستقل	1	اتاق قالب گیری	1	مستقل	1	اتاق مشاوره ژنتیک	1	مستقل	1
رختکن پرسنل خانم	1	مستقل	1	اتاق تراش	1	مستقل	1	اتاق مشاوره مددکار اجتماعی	1	مستقل	1
سالن انتظار	1	مستقل	1	اتاق معاینه	1	مستقل	1	اتاق/فضای فروش عینک طبی	1	مستقل	1
سرویس بهداشتی بیماران	1	مستقل	1	اتاق آندوسکوپی	1	مستقل	1	اتاق مشاوره	1	مستقل	1
سرویس بهداشتی پرسنل	1	مستقل	1		1	مستقل	1	اتاق اسکیتینگ	1	مستقل	1

در صورت وجود فضاهایی به غیر از موارد موجود، از تصویر خام این فرم استفاده نمایید.

لطفاً در صورت انتخاب هر یک از فضاهای موجود در موسسه، ضمن مشخص نمودن وضعیت اشتراک با اتاق های دیگر یا مستقل بودن، تعداد آن را نیز در محل مربوطه درج نمایید.
تذکره ۱: در صورت وجود بیش از یک اتاق از هر نوع فضا با مترها متفاوت، لطفاً مترها در قسمت مساحت با خط تیره از یکدیگر جدا شوند. به عنوان مثال در صورت وجود سه اتاق معاینه با مترهای ۱۰، ۱۲، ۲۰ در یک درمانگاه، به ترتیب ذیل عمل شود: تعداد: ۳ / مساحت: ۱۰-۱۲-۲۰
تذکره ۲: در صورتی که مترها با یکدیگر یکی است، فقط یک عدد نوشته شود. به عنوان مثال اگر سه اتاق معاینه با مترها ۱۲ وجود دارد در قسمت مساحت، تنها عدد ۱۲ نوشته شود.
تذکره ۳: در صورت وجود فضای درمانی خاصی که در لیست موجود ذکر نشده است، لطفاً آن را درج نمایید.



فرم درخواست بهره برداری

مدارک کلی موسسه:

با توجه به این که ذکر مدارک لازم برای همه موسسات به طور جداگانه فضای زیادی را به خود اختصاص می داد مدارک همه موسسات در این صفحه ذکر شده است، مدارکی که مختص موسسه یا موسسات خاصی می باشند، در داخل پرانتز ذکر شده است که خواهشمند است به این نکته دقت فرمائید.

سند مالکیت یا اجاره نامه محضری و یا اجاره نامه عادی همراه با تصویر مصدق سند مالکیت شش دانگ یا رضایت نامه محضری مالک (همه موسسات)
رضایت نامه ساکنین در صورتی که واحد مسکونی در ساختمان موسسه وجود داشته باشد (همه موسسات)
تعهد محضری مبنی بر رعایت مقررات (ویژه مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بارو مرکز درمان ناباروری)
نقشه:
الف) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی وزارت (ویژه بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار)
ب) نقشه فنی مهندسی تایید شده توسط دفتر فنی دانشگاه (ویژه مرکز جامع توانبخشی، کلیه درمانگاه ها و موسسات پرتوپزشکی)
ج) نقشه موسسه در مقیاس 1 به 100 همراه با چیدمان و نامگذاری فضاها (ویژه سایر موسسات)
گواهی پایان کار و عدم خلاف از شهرداری (بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار، مرکز درمان ناباروری)
اخذ تاییدیه مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت (ویژه بیمارستان های دولتی)
تاییدیه بهداشتی از معاونت بهداشتی دانشگاه (همه موسسات)
تایید بهداشت محیط و پرتو از معاونت بهداشتی دانشگاه (ویژه موسسات پرتوپزشکی)
اخذ مجوز کار با اشعه (ویژه موسسات پرتوپزشکی)
اخذ تاییدیه کمیسیون تبصره ماده چهار قانون حفاظت در برابر اشعه از وزارتخانه (ویژه موسسات پرتوپزشکی)
اخذ مجوز احداث از مراجع قانونی (ویژه موسسات پزشکی هسته ای و رادیوتراپی)
قرارداد موسسه با پرسنل (ویژه مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل و مرکز مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل)
قرارداد موسسه با موسسات دیگر (ویژه مراکز جراحی محدود، درمان با اکسیژن هایپر بار، مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل و مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل)
اخذ تاییدیه دفتر مدیریت پرستاری دانشگاه (ویژه مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری در منزل)
اخذ تاییدیه مرکز مدیریت حوادث و فوریت های پزشکی دانشگاه/وزارت (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
مدارک مربوط به مالکیت دستگاههای آمبولانس (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
تاییدیه اداره کل اماکن نیروی انتظامی (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
گواهی گذراندن دوره های آموزشی برای خدمه آمبولانس مطابق با آیین نامه (ویژه مراکز آمبولانس خصوصی)
مشخصات و مدارک همه مسوولین فنی
مشخصات و مدارک همه پرسنل
لیست تجهیزات
فیش بهره برداری یا مابه التفاوت (در صورت لزوم)
فیش مسوول/مسوولین فنی

تذکر:

- * اخذ تاییدیه نقشه از دفتر مدیریت منابع فیزیکی و مجری طرح های عمرانی و مرکز سلامت محیط و کار وزارت جهت بیمارستان، مرکز جراحی محدود، مرکز درمان ناباروری و مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار الزامی می باشد.
- * اخذ تاییدیه بهداشت محیط و پرتو، مجوز کار با اشعه و تاییدیه کمیسیون تبصره ماده چهار قانون حفاظت در برابر اشعه جهت موسسات پرتوپزشکی الزامی می باشد.



فرم درخواست بهره برداری

تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه موسس:

اینجانب با آگاهی و قبول شرح وظایفم بعنوان موسس، مندرجات این فرم ها را تأیید نموده و نیز تصدیق می نمایم:

- 1- آئین نامه موسسه را به دقت مطالعه نموده ام.
- 2- مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
- 3- با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود پروانه بهره برداری صادر شده را ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
- 4- به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده) پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام.

1بلی 1خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

نوع موسسه	نام موسسه	دانشگاه *	نحوه مشارکت: خیریه - سایر شرکتهای شرکت تعاونی خدمات بهداشتی، درمانی

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

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 20 کامل می باشد. تاریخ: امضا:
○ صدور پروانه بهره برداری و مسئول فنی بلامانع است. امضاء معاون درمان

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



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

فرم درخواست بهره برداری

فضاهای موسسه

نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع	نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع	نام اتاق/فضا	تعداد	وضعیت اشتراک	مساحت متر مربع

در صورت وجود فضاهایی به غیر از موارد موجود، از تصویر خام این فرم استفاده نمایید.

لطفا در صورت انتخاب هر یک از فضاهای موجود در موسسه، ضمن مشخص نمودن وضعیت اشتراک با اتاق های دیگر یا مستقل بودن، تعداد آن را نیز در محل مربوطه درج نمایید.
تذکره ۱: در صورت وجود بیش از یک اتاق از هر نوع فضا یا مترهای متفاوت، لطفاً مترها در قسمت مساحت با خط تیره از یکدیگر جدا شوند. به عنوان مثال در صورت وجود سه اتاق معاینه با مترهای ۱۰، ۱۲، ۲۰ در یک درمانگاه، به ترتیب ذیل عمل شود: تعداد: ۳ / مساحت: ۱۰-۱۲-۲۰
تذکره ۲: در صورتی که مترها با یکدیگر یکی است، فقط یک عدد نوشته شود. به عنوان مثال اگر سه اتاق معاینه با مترها ۱۲ وجود دارد در قسمت مساحت، تنها عدد ۱۲ نوشته شود.
تذکره ۳: در صورت وجود فضای درمانی خاصی که در لیست موجود ذکر نشده است، لطفاً آن را درج نمایید.