



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

فرم درخواست موافقت اصولی

فرم شماره 1-الف

مشخصات مؤسسه:

نام پیشنهادی مؤسسه (انتخاب نام در این مرحله کاملاً الزامی است):

نوع مؤسسه: (تنها یک مورد بایستی انتخاب گردد.)

1 بیمارستان عمومی 1 درمانگاه عمومی 1 مرکز جراحی محدود 1 مرکز درمان ناباروری 1 مرکز درمان سوء مصرف مواد
درمانگاه تخصصی: (1 داخلی، 1 غیرتهاجمی قلب و عروق، 1 آلرژی، 1 چند تخصصی مغز و اعصاب و روان، 1 چند تخصصی درد، 1 دیابت، 1 پوست)
1 درمانگاه دندانپزشکی 1 مرکز درمان با اکسیژن هایپر بار 1 موسسه پزشکی هسته ای 1 آمبولانس خصوصی 1 ارتوپدی فنی
1 موسسه ساخت و فروش عینک طبی 1 مرکز تخصصی طب کار 1 فیزیوتراپی 1 مرکز تصویربرداری 1 موسسه رادیولوژی
1 موسسه رادیولوژی دهان و فک و صورت 1 موسسه رادیوتراپی
1 مرکز جامع توانبخشی: (تعیین گرایش مرکز از میان گزینه های زیر الزامی است)
1 گرایش اختلالات بینائی 1 گرایش اختلالات جسمی حرکتی 1 گرایش سالمندان 1 گرایش فلج مغزی 1 گرایش اختلالات اعصاب و روان
1 گرایش اختلالات ذهنی کودکان و نوجوانان 1 گرایش اختلالات رفتاری روانی کودکان و نوجوانان 1 گرایش اختلالات شنوایی، گفتار و زبان
1 مرکز مشاوره و ارائه خدمات بالینی در منزل 1 مرکز مشاوره و ارائه خدمات مامائی 1 مرکز مشاوره و ارائه خدمات پرستاری
1 شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی

دانشگاه:

شهر:

منطقه:

(برای شهرهایی که دارای منطقه شهرداری میباشند الزامی است)

نوع مالکیت مؤسسه:

0 حقیقی 0 حقوقی خصوصی 0 تعاونی خدمات بهداشتی درمانی 0 خیریه 0 عمومی

تذکر 1: منظور از مالکیت عمومی، وابستگی مؤسسه به یکی از سه قوای سه گانه، نیروهای مسلح یا دگر سازمانهای دولتی و یا نهادهای عمومی غیر دولتی (مانند شهرداری ها، هلال احمر، سازمان تامین اجتماعی و ...) است.

تذکر 2: کسانی که متقاضی تأسیس شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی می باشند و تا کنون شرکتی تأسیس ننموده اند، می بایست گزینه حقیقی را انتخاب نمایند. در صورت انتخاب گزینه عمومی، خیریه، حقوقی، تعاونی نام سازمان، ارگان یا شرکت مربوطه در ردیف زیر نوشته شود.

نام رسمی سازمان، شرکت یا مؤسسه ی خیریه:

با توجه به اینکه نام سازمان عیناً در پروانه بهره برداری قید می شود، لطفاً نام سازمان، ارگان یا شرکت را بطور کامل مانند نمونه های زیر بنویسید.

مثال: شرکت تعاونی و خدمات بهداشتی درمانی پیام سلامت یا بنیاد امور خیریه حضرت علی بن موسی الرضا(ع) یا سازمان هلال احمر

نوبت کاری مؤسسه:

0 صبح 0 عصر 0 صبح و عصر 0 شبانه روزی

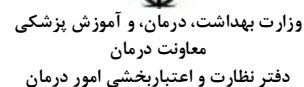
تعداد کل تخت (مخصوص بیمارستان):

نام و نام خانوادگی نماینده متقاضیان تأسیس:

پست الکترونیکی:

تلفن تماس (ترجیحاً همراه):

در صورتیکه متقاضی تأسیس یک نفر باشد نیازی به اطلاعات فوق نمی باشد



فرم شماره 1 - ب

3 - خیریه:

نام سازمان خیریه:

تعداد اعضای موسس:..... نفر

نام و نام خانوادگی دارندگان حق امضاء: (2 نفر)

شماره ثبت:

نام اعضاء مؤسس سازمان خيريه: اعضاء

[illegible][illegible]



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

فرم درخواست موافقت اصولی فرم شماره 2

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

در صورت داشتن پروانه مطب پرکردن جدول ذیل الزامی است

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

سوابق کاری (بعد از فارغ التحصیلی از دانشگاه)		
ردیف	ارگان یا محل انجام کار	طول مدت خدمت (به ماه ذکر شود)

مجموع مدت سوابق کار: ماه

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

نوع موسسه:	نام موسسه:	نوع هویت موسس: o حقیقی o حقوقی خصوصی o تعاونی خدمات بهداشتی درمانی o خیریه
نام دانشگاه (منظور دانشگاهی است که موسسه فوق تحت پوشش آن قرار دارد)		



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

فرم درخواست موافقت اصولی

مدارک متقاضی تاسیس

مدارک عمومی		مدارک اختصاصی
الف اصل فرم های تقاضای موافقت اصولی (فرم شماره 1 "الف و ب" و فرم شماره 2)		الف اصل و تصویر پروانه دائم ب اصل گواهی عدم سوء پیشینه انتظامی از سازمان نظام پزشکی
الف اصل فرم تقبل وظایف موسس		پزشک و دندانپزشک، داروساز، دکترای علوم آزمایشگاهی ، کایروپراکتیک
الف اصل و تصویر کارت ملی		الف اصل و تصویر (دانشنامه) / یا (تسویه حساب صندوق رفاه + پایان طرح با معافیت از طرح)
الف اصل گواهی عدم اعتیاد ب اصل گواهی عدم سوء پیشینه کیفری از اداره تشخیص هویت		سایرین
الف کارت پایان خدمت یا کارت معافیت از خدمت (ویژه آقایان) ب اصل و تصویر (آخرین حکم کارگزینی) / (یا تاییدیه اشتغال از بالاترین مقام مسوول اداری برای مستخدمین کشوری و لشکری که دارای حکم کارگزینی نیستند) (ویژه مستخدمین کشوری و لشکری) قرارداد تاسیس امضاء شده توسط متقاضی یا متقاضیان		منظور از مدارک عمومی مدارکی است که کلیه متقاضیان تاسیس (بدون در نظر گرفتن مدرک تحصیلی و نوع موسسه) باید ارائه نمایند. مدارک اختصاصی بر اساس مدرک تحصیلی متقاضیان تاسیس باید ارائه شود و مربوط به کلیه متقاضیان تاسیس نمی باشد.

چک لیست مدارک لازم جهت اخذ موافقت اصولی مربوط به متقاضیان غیر حقیقی (علاوه بر مدارک فردی متقاضیان تاسیس)

شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی	خیریه	حقوقی خصوصی	عمومی
1 اساسنامه شرکت	1 اساسنامه خیریه	1 اساسنامه شرکت با قید اجازه فعالیت بهداشتی درمانی در آن	1 نامه درخواست از بالاترین مقام بهداشتی درمانی مربوطه
1 گواهی ثبت شرکتها	1 لیست هیئت امنا	1 گواهی ثبت شرکتها	1 تاییدیه وزارت بهداشت و مصوبه هیئت محترم وزیران
1 آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی	1 نامه دفتر خدمات خیریه بهداشتی درمانی	1 آگهی ثبت شرکت در روزنامه رسمی	
1 موافقت اصولی تعاونی	شماره ثبت:	شماره ثبت:	
شماره ثبت:			



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

فرم درخواست موافقت اصولی

تأیید صحت مشخصات و تعهدنامه متقاضی تاسیس:

اینجانب تصدیق می نمایم:

1. با دقت و صحت این فرم را تکمیل نموده و مندرجات آنرا قبول دارم.
2. آئین نامه موسسه درخواستی را مطالعه و با توجه به مفاد آن، این درخواست را ارائه نموده و متعهد به اجرای آن می باشم.
3. مدارک را طبق آئین نامه و ضوابط اعلام شده ارائه نموده ام.
4. با در نظر گرفتن این درخواست، به صورت حقیقی موسس موسسه دیگری نبوده و موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری دریافت ننموده ام و در صورتی که خلاف این امر اثبات شود دانشگاه مجاز خواهد بود موافقت اصولی صادر شده را ابطال نموده و حق هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.
5. به صورت حقوقی (خیریه، شرکت تعاونی یا سایر شرکت های ثبت شده) موافقت اصولی و یا پروانه بهره برداری موسسه دیگری را دریافت نموده ام.

1 بلی 1 خیر

در صورت پاسخ مثبت لطفا جدول زیر تکمیل گردد:

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

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

نام و نام خانوادگی - 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.	تاریخ: امضا:
0 صدور موافقت اصولی بلامانع است	امضاء معاون درمان

در صورت وجود بیش از یک نفر موسس، این فرم باید برای هر فرد جداگانه تکمیل و امضاء شود.