

تاریخ تکمیل:

تجهیزات و ملزومات پزشکی

مسئول محترم کمیته ارزیابی انجمن صنفی متخصصین تجهیزات پزشکی استان اصفهان

اینجانب به شماره کارت ملی دارنده مدرک مسئول فنی تولیدکنندگان و واردکنندگان / مسئول فنی شرکت های توزیعی و مراکز درمانی به شماره گواهینامه مسئول فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی شرکت / مرکز درمانی به منظور انعقاد قرارداد مسئولین فنی تجهیزات و ملزومات پزشکی نیازمند دریافت رتبه بندی مطابق با دستورالعمل ابلاغی اداره کل تجهیزات و ملزومات پزشکی به شماره مدرک MA-WI-15 به صورت کتبی می باشم.

لذا از انجمن متخصصین تجهیزات پزشکی خواهشمندم پس از بررسی مدارک ارسالی ، اقدامات لازم را مبذول فرمایید.

امضا

اثر انگشت

تعهد نامه

اینجانب به شماره کارت ملی دارنده مدرک مسئول فنی تولیدکنندگان و واردکنندگان / مسئول فنی شرکت های توزیعی و مراکز درمانی به شماره گواهینامه متعهد می گردم کلیه آیین نامه ها و ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی از جمله ضوابط اداره کل تجهیزات پزشکی را رعایت نموده و در صورت عدم رعایت ضوابط و مقررات فوق الذکر ، اداره کل تجهیزات پزشکی مجاز خواهد بود مطابق مقررات برخورد قانونی به عمل آورده و گواهی صادره از درجه اعتبار ساقط خواهد شد.

این درخواست صرفاً جهت مشخص شدن وضعیت مسئول فنی در دستورالعمل رتبه بندی میباشد.

امضا

اثر انگشت