

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 تایید کلیه مدارک صادره از جانب شرکت / مرکز درمانی نیازمند دریافت مهر مسئولین فنی با مشخصات ذکر شده میباشم.
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 متعهد می گردم نسبت به مسئولیت های ناشی از حفظ و نگهداری و نیز استفاده از مهر مسئول فنی اهتمام داشته باشم، در حفظ ، نگهداری و همچنین استفاده از مهر در تایید اسناد و مدارک " شرکت / مرکز درمانی / محل فعالیت " کلیه موارد قانونی را رعایت نمایم. همچنین استفاده از این مهر فقط توسط بنده بوده و هیچ شخص دیگری اجازه استفاده نخواهد داشت.

امضا

اثر انگشت