



فرم درخواست قرارداد همکاری پزشکان با بیمارستان

تاریخ: / / ۱۳

مشخصات طرف دوم قرارداد (متقاضی):

نام: نام خانوادگی: کد ملی:
 نام پدر: شماره شناسنامه: محل صدور:
 تاریخ تولد: شماره نظام پزشکی: جنسیت: مذکر مونث
 آخرین مدرک تحصیلی: تاریخ اخذ مدرک: / / ۱۳ دانشگاه محل تحصیل:
 پزشک عمومی متخصص فلوشیپ فوق تخصص
 دندانپزشک عمومی رشته: رشته: رشته:

شماره پروانه مطب: تاریخ اعتبار پروانه مطب: / / ۱۳ برد تخصصی
 عضو هیات علمی دانشگاه: بلی مربی استادیار دانشیار استاد خیر

سوابق همکاری با سازمانهای بیمه گر:

تامین اجتماعی خدمات درمانی نیروهای مسلح کمیته امداد سایر

مراکزی که در حال حاضر در آنها مشغول به فعالیت می باشیم:

عنوان موسسه	ساعات ارائه خدمت	نشانی محل ارائه خدمت
دولتی:		
دولتی:		
دولتی:		
خصوصی:		
خصوصی:		
خصوصی:		
خیریه:		

** سوابق بیمه پرداختی جهت بازنشستگی:

نوع بیمه: مبلغ بیمه پرداختی ماهانه:

** ضمناً اینجانب اقرار می نمایم مشمول قانون منع مداخله کارکنان دولت مصوب ۱۳۳۷ نمی باشم.

نشانی متقاضی:

کد پستی: تلفن:

آدرس پست الکترونیک: تلفن همراه: دورنگار:

مهر و امضاء متقاضی

مدارک مورد نیاز جهت عقد قرارداد

ردیف	مدارک مورد نیاز
۱	درخواست کتبی در سر برگ پزشکی با مهر و امضاء
۲	تصویر کارت ملی
۳	تصویر آخرین مدرک تحصیلی
۴	تصویر کارت نظام پزشکی
۵	تصویر پروانه دائم یا موقت پزشکی یا دانشنامه متخصص
۶	تصور مجوز یا پروانه مطب
۷	اعلام شماره حساب بانکی توسط متقاضی
۸	تاییدیه معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی ایران
۹	مجوز معاونت توسعه مدیریت و منابع دانشگاه
۱۰	اصل و کپی سوابق بیمه ای فرد متقاضی