**اداره نظارت و ارزشيابي موسسات پزشكي**

**اينجانب دكتر محل مطب خود را به آدرس: شهرستان / شهر خيابان كوچه پلاك طبق كروكي ذيل انتخاب نموده خواهشمند است دستور فرمائيد كارشناسان محترم از محل بازديد و نظريه خود را اعلام فرمايند.**

**امضاء و شماره تماس**

|  |
| --- |
| **محل رسم كروكي:** |

**نظریه کارشناسی :**

**امضاء کارشناس اول امضاء کارشناس دوم**

|  |
| --- |
| **تعهد پزشک**  **با توجه به نظريه كارشناسي و موافقت سازمان اينجانب متعهد مي شوم قبل از هر گونه نقل و انتقال جابجايي محل مطب/ موسسه موضوع را به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشكي فسا اطلاع دهم. امضاء** |