



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

استشهاد محلی بر خصوص فقدان پروانه مطب پزشکی و دفاتر کار حرفه وابسته

<input type="checkbox"/> مطب ، <input type="checkbox"/> دفتر کار			
به شماره :	مورخ:	متعلق به خاتم / آقاي دكتر :	بشماره نظام پزشکی:
فرزند:	داراي شماره شناسنامه:	صادره از:	متولد:
ساكن شهر :	 خيابان	
مفقود گرديده است.			
نفر اول:			
نام و نام خانوادگي:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	صادره از:
آدرس و تلفن :			
امضاء			
نفر دوم:			
نام و نام خانوادگي:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	صادره از:
آدرس و تلفن :			
امضاء			
نفر سوم:			
نام و نام خانوادگي:	نام پدر:	شماره شناسنامه:	صادره از:
آدرس و تلفن :			
امضاء			
محل تائيد يكي از مراجع رسمي (محضر/ كلانتر ي محل)			