

ردیف	نام و نام خانوادگی	سمت	شماره همراه	تلفن	نمبر	کد شهر
۱-						
۲-						
۳-						

آدرس سازمان نظام پزشکی:

تلفن و شماره:

نام و نام خانوادگی ریاست محترم سازمان:
شماره نظام پزشکی:

نمونه مهر ریاست محترم سازمان

نمونه امضاء ریاست محترم سازمان