



بسمه تعالی

شماره :

تاریخ :

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی (صادر کننده پروانه)

سلام علیکم

موضوع: ابطال پروانه مطب شهر.....

احتراما به استحضار میرساند جهت آقای / خانم دکتر..... به شماره نظام پروانه
مطب شهر..... به شماره..... مورخ/...../..... معتبر تا تاریخ به شماره
هولوگرام صادر گردیده است.

بدینوسیله اصل پروانه / مجوز قبلی نامبرده مربوط به شهر به شماره
مورخ/...../..... و معتبر تا تاریخ/...../..... به شماره هولوگرام از وی دریافت ، باطل و از
درجه اعتبار ساقط اعلام می گردد.

.....

رئیس نظام پزشکی

۱- معاونت محترم نظارت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران (اداره کل امور پروانه ها)

۲- معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی

۳- شبکه بهداشت درمان شهرستان

۴- ریاست محترم سازمان نظام پزشکی شهر پروانه مطب

۵- دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان تامین اجتماعی شهرستان.....

۶- دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان خدمات درمانی شهرستان.....

۷- دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح شهرستان.....