

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی (صادر کننده پروانه قبلی)

سلام علیکم

موضوع: ابطال پروانه مطب شهر

احتراماً بدینوسیله اصل پروانه طبابت / دفتر کار / مجوز فعالیت مربوط به آقای / خانم
به شماره نظام مربوط به شهر به شماره
مورخ/...../..... با تاریخ اعتبار/...../..... به شماره هولوگرام از وی دریافت ، باطل
و از درجه اعتبار ساقط اعلام می گردد.

.....

رییس نظام پزشکی

۱. مدیر کل امور پروانه های کل کشور

۲. معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی (شهرستان قبلی)

۳. شبکه بهداشت درمان (شهرستان قبلی)

۴. دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان تامین اجتماعی (شهرستان / شهر قبلی)

۵. دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان بیمه سلامت ایران (شهرستان / شهر قبلی)

۶. دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح (شهرستان / شهر قبلی)

۷. دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان بیمه کمیته امداد امام خمینی (شهرستان / شهر قبلی)