

بسمه تعالی



راهنمای استفاده از سامانه صدور امضای الکترونیکی

معاونت نظارت و برنامه‌ریزی
اداره کل صلاحیت‌های
حرفه‌ای و صدور پروانه

نسخه ۱.۱.۱

مرداد ۹۴

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

راهنمای صدور امضای الکترونیک:

<http://Parvaneh.irimc.org>

ضمن خوشامد گویی خدمت شما پزشکان محترم
توجه شما را به نکات ذیل جلب می نماید:

منوی ورود به سامانه:

در ابتدا هنگامی که وارد سامانه شدید، از منوی سمت راست گزینه ورود به سامانه و یا در سمت چپ گزینه درخواست پروانه اشتغال را انتخاب کنید:



منوی ورود اعضا :

اگر برای بار اول اقدام به ثبت نام می‌نمایید روی فیلد کاربر جدید کلیک نمایید و با ورود شماره نظام پزشکی و درج کد در داخل مستطیل کد فعالسازی خود را دریافت نمایید. کد فعالسازی از طریق پیامک برای شما ارسال خواهد شد.



سپس شماره نظام پزشکی خود را وارد نمایید، کد نشان داده شده را در کادر وارد نمایید، کد فعالسازی خود را کلیک نمایید، رمز ورودی به شماره تلفن همراهتان ارسال خواهد شد، سپس گزینه کد فعالسازی را دریافت نموده‌ام را کلیک نمایید. به ترتیب مراحل زیر اقدام نمایید:

شماره نظام پزشکی:

مانند: م-1234

CG DGY

دریافت کد فعالسازی

کد فعالسازی را دریافت کردم

تغییر کلمه عبور

سپس مجدداً وارد صفحه عضویت در سامانه می‌شوید و بایستی کد فعالسازی خود را وارد نمایید، به ترتیب زیر اقدام نمایید:

عضویت در سامانه (ارسال کد فعالسازی)

شماره نظام پزشکی:

مانند: م-1234 یا 11111

کد فعالسازی:

کلمه عبور:

حداقل 6 و حداکثر 10 حرف

تکرار کلمه عبور:

H P 9 7 6

ارسال

پس از اخذ کد فعالسازی، با ورود شماره نظام پزشکی و کد ارسال شده، کلمه عبور خود را مشخص نمایید و وارد سایت شوید. در قسمت ثبت درخواست، مشخصات فردی و مشخصات تحصیلی خود را مشاهده می‌نمایید. چنانچه اطلاعات فردی شما (نام و نام خانوادگی - عکس - سال تولد - شماره تماس (ثابت و همراه) - ایمیل - کد ملی) ، مشخصات تحصیلی (نام رشته تحصیلی - مقطع تحصیلی - کشور / استان / شهر / دانشگاه - نام دانشگاه - سال ورود - سال فارغ التحصیلی - اسکن مدرک یا دانشنامه) تغییر نموده است با **مراجعه حضوری** به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران اقدام به رفع تغییرات نمایید.

مشخصات فردی



نام و نام خانوادگی: دکتر احمد بیگلری

کد ملی: 0000000000

شماره تماس: 021-12345678

شماره تلفن ثابت: 021-12345678

ایمیل: ahmed@domain.com

تاریخ تولد: 1380/01/01

آدرس پست الکترونیک: ahmed@domain.com

در صورت تکمیل تمامی بخش‌های اطلاعاتی لطفاً به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مراجعه فرمایید.

مشخصات تحصیلی

رشته: پزشکی

مقطع: کارشناسی ارشد

دانشگاه: دانشگاه علوم پزشکی تهران

شماره دانشجویی: 123456789

تاریخ فارغ التحصیلی: 1385/06/01

اسکن مدرک تحصیلی: [اسکن شده]

در صورتیکه در یکی از مخاطبانی فوق‌الذکر مشخصات خود را خارج کشور داشته باشید لطفاً به سازمان نظام پزشکی تهران خود مراجعه فرمایید.

از منوی سمت راست ثبت درخواست امضای الکترونیکی را انتخاب نمایید:



متن تعهد نامه خود را تایید نمایید:

ثبت درخواست (منقاضی)

متن تعهدنامه (جهت دریافت امضای الکترونیکی)

- 1- در تمام طول فعالیت حرفه ای در مسیر ارتقاء دانش و مهارت خود در زمینه پزشکی گام بردارم و همواره مداخلات پزشکی را با بالاترین استانداردهای پزشکی مبنی بر شواهد پذیرفته شده علمی و فارغ از هرگونه تعارض منافع به انجام رسانم.
- 2- به عنوان عضوی از جامعه پزشکی همواره در تمام امور زندگی شئون حرفه پزشکی را رعایت نمایم و هرگز اعمالی را که باعث صدمه دیدن اعتماد آحاد مردم به این حرفه مقدس و حرفه مندان آن می شود، انجام ندهم.
- 3- همواره منفعت دریافت کنندگان خدمات سلامت به ویژه بیماران را بر منافع شخصی و گروهی مقدم بدانم و حقوق بیماران را در حد اعلاای آن رعایت کنم.
- 4- قبل از انجام هرگونه مداخله پزشکی از رضایت بیماران یا تصمیم گیرندگان جایگزین آنها که بر اساس قانون و مقررات مشخص شده اند، مبنی بر انجام مداخله مورد نظر اطمینان حاصل کنم و مطمئن باشم که رضایت فوق کاملاً آگاهانه و بر اساس اطلاعات دقیق باشد که به بیمار یا تصمیم گیرندگان جایگزین داده شده است و آنها اطلاعات مذکور را به خوبی درک کرده اند.
- 5- کلیه اطلاعات مربوط به بیماران را محرمانه تلقی نموده و تنها در اختیار خود بیماران و یا افرادی که بیماران اجازه می دهند و یا آن دسته از حرفه مندان پزشکی که برای تصمیم گیری در مورد بیماران به این اطلاعات احتیاج دارند، قرار دهم.
- 6- در تمام مراحل زندگی حرفه ای عدالت و انصاف را در برخورد با بیماران رعایت کرده و از تبعیض بین بیماران به هر دلیلی خود داری کنم و تمامی خدمات سلامت را فارغ از نژاد، ملیت، رنگ، سن، دین، سطح اقتصادی و طبقه اجتماعی ارائه کنم و همواره پاسدار شأن و کرامت انسانی آنها باشم و ضمناً تمامی تلاش خود را برای ارائه خدمات سلامت و حمایت حداکثر از گروه های آسیب پذیر به کار گیرم.
- 7- مقطع و رشته اعلام شده فوق آخرین مقطع و رشته تحصیلی کسب شده توسط اینجانب می باشد.

اینجانب با علم و اطلاع کامل این تعهدنامه و نیز منشور حقوق بیماران و آیین نامه انتظامی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران را با دقت مطالعه کرده و التزام خود اعلام می دارم.

تمام شرایط فوق را می پذیرم 

مرحله بعد 

مشخصات شغل فعلی خود را طبق شکل زیر تکمیل نمایید (تمامی آیتم‌ها بایستی تکمیل شود):

تکمیل فرم درخواست امضای الکترونیکی (متقاضی)

متقاضی: _____
 نوع مجوز: امضای الکترونیکی
 تاریخ درخواست: چهارشنبه 7 مرداد ماه 1394 ، ساعت 9:26
 نظام پزشکی صادر کننده توکن: نظام پزشکی مرکزی

فرم تکمیل و ذخیره

مشخصات شغل فعلی

نوع خدمت*	[-- انتخاب --]
محل خدمت*	استان: [-- انتخاب --] شهرستان: * [-- انتخاب --] شهر: * [-- انتخاب --]
دانشگاه*	[-- انتخاب --]
نام محل اشتغال*	<input type="text"/>
آدرس محل اشتغال*	<input type="text"/>
تلفن محل اشتغال	<input type="text"/>
تاریخ شروع*	<input type="text"/>
	<input type="button" value="ثبت"/>

چنانچه حق عضویت خود را پرداخت ننموده اید ، قادر به انجام ثبت درخواست نخواهید بود، و بایستی در ابتدا حق عضویت خود را پرداخت نمایید، همچنین هزینه صدور مجوز نیز بایستی پرداخت گردد :

تکمیل فرم درخواست امضای الکترونیکی (متقاضی)

متقاضی:

نوع مجوز: امضای الکترونیکی

تاریخ درخواست: چهارشنبه 7 مرداد ماه 1394 ، ساعت 9:26

نظام پزشکی صادر کننده توکن: نظام پزشکی مرکزی

فرم تکمیل و ذخیره

قبل از ارسال جهت ارزیابی هزینه(ها) را پرداخت نمایید.

فرم پرداخت

پرداخت هزینه صدور مجوز

هزینه صدور مجوز: 920,000	پرداخت آنلاین ←
هزینه حق عضویت: 6,056,000	پرداخت آنلاین ←

در صورتی که زمان پرداخت آنلاین به مشکل برخوردید و پول از حساب شما کم شد، تا 72 ساعت به حساب شما برمیگردد.

↓

انصراف از تقاضا
ارسال جهت ارزیابی به نظام پزشکی مرکزی
مرحله قبلی