



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

استشهاد محلی

در خصوص فقدان پروانه مطب پزشکی و دفاتر کار حرفه وابسته

<input type="checkbox"/> مجوز دفتر کار <input type="checkbox"/> پروانه مطب اینجانبان امضاء کنندگان زیر گواهی می دهیم			
مربوط به شهر :		به شماره نظام پزشکی:	
مفقود گردیده است.		تاریخ صدور :	
تاریخ اعتبار :		تاریخ صدور :	
به شماره :			
نفر اول:			
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	
شماره شناسنامه:		صادره از:	
آدرس و تلفن :			
مهر و امضاء			
نفر دوم:			
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	
شماره شناسنامه:		صادره از:	
آدرس و تلفن :			
مهر و امضاء			
نفر سوم:			
نام و نام خانوادگی:		نام پدر:	
شماره شناسنامه:		صادره از:	
آدرس و تلفن :			
مهر و امضاء			
محل تأیید یکی از مراجع رسمی (محضر / کلانتری محل)			

*** در صورتیکه تأیید کنندگان این گواهی عضو سازمان نظام پزشکی باشند با **ممهور نمودن** این فرم ،

نیازی به تأیید مراجع رسمی **نمی باشد** .