**« فرم مشخصات پزشکان فعال در کلینیک های ویژه »**

**●اطلاعات فردی**

نام :........................ نام خانوادگی :................................... شماره نظام پزشکی:................. کد ملی :..............................

تاریخ تولد : / / شماره تلفن همراه : .............................. پست الکترونیک:........ .............@....................................

**●اطلاعات تحصیلی**

⎕ PHD **مدرک تحصیلی :** پزشک عمومی ⎕ پزشک متخصص ⎕ پزشک فوق تخصص ⎕ فلوشیپ ⎕

**رشته تحصیلی ( نوع تخصص ) :**

**●اطلاعات استخدامی**

**نوع استخدام :** رسمی ⎕ پیمانی ⎕ طرحی ⎕ ضریب کا ⎕ قرار دادی ⎕ آموزشیار ⎕ مربی ⎕

استادیار ⎕ دانشیار ⎕ استاد ⎕ شرکتی ⎕ رسمی آزمایشی ⎕ بدون رابطه استخدامی ⎕

**تاریخ شروع خدمت دولتی :**

**مرتبه علمی :** استاد تمام ⎕ استادیار ⎕ دانشیار ⎕ مربی ⎕ غیر هیئت علمی ⎕

**وضعیت تمام وقتی :** هیئت علمی تمام وقت جغرافیایی ⎕ هیئت علمی غیر تمام وقت ⎕ پزشک تمام وقت درمانی ⎕

پزشک غیر تمام وقت ⎕

**● اطلاعات تفاهم نامه**

تفاهم نامه برنامه ارتقاء خدمات ویزیت را امضاء کرده ام. ⎕ تفاهم نامه برنامه ارتقاء خدمات ویزیت را امضاء نکرده ام. ⎕

دارای مطب خصوصی هستید ؟ بله ⎕ خیر ⎕

**در صورت داشتن مطب آدرس و تلفن مطب :**

در حال حاضر در کدام کلینیک ها ( بیمارستانها ) فعالیت دارید ؟

**مهر و امضاء پزشک تکمیل کننده فرم**

|  |
| --- |
|  |

تاریخ تکمیل فرم / /

نظرات و پیشنهادات خود را به صورت کتبی یا با تلفن 38398368 (مدیریت کلینیک های ویژه ) درمیان بگذارید.