

موافقت با حذف یا اضافه شدن موسس مرکز درمانی

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی مشهد

احتراما" اینجانب به شماره ملی.....

موافقت خود را با حذف / اضافه شدن خانم/آقای به شماره ملی

از/ به اعضاء موسس..... اعلام می دارم .

گواهی امضاء دفترخانه

نام و نام خانوادگی موسس و امضاء