

بسمه تعالی

فرم اعلام همکاری پزشکان همکار با موسسه

اینجانب با کد ملی دارای مدرک
تحصیلی و نظام پزشکی
خود را در نوبت کاری صبح/عصر/شب
روز های
ساعات .
با موسسه
اعلام می نمایم. ضمناً تعهد می نمایم که در ساعات حضور در این
موسسه، در هیچ موسسه دیگری حضور نداشته باشم.

امضا و مهر نظارم پزشکی با درج تاریخ