|  |  |
| --- | --- |
| **فرم ثبت اطلاعات مرکز درمانی جهت دسترسی به سامانه import.imed.ir** | |
| **نام مرکز درمانی:** | |
| **مشخصات رئیس مرکز درمانی** | |
| **نام:** | **مقطع تحصیلی:** |
| **نام خانوادگی:** | **رشته تحصیلی:** |
| **نام پدر:** | **شماره تماس در مواقع ضروری:** |
| **شماره شناسنامه:** | **شماره همراه:** |
| **کدملی:** | |
| **مشخصات مسئول ثبت کمبودها و مشکلات کیفی تجهیزات پزشکی ( سامانه MDR ) در مرکز درمانی** | |
| **نام:** | **مقطع تحصیلی :** |
| **نام خانوادگی:** | **رشته تحصیلی:** |
| **شماره همراه:** | |
| **اطلاعات کلی مرکز درمانی** | |
| **نوع مرکزدرمانی: حقوقی / حقیقی** | **GLNمرکز:** |
| **شناسه ملی مرکز:** | **شماره پروانه مرکز درمانی:** |
| **ایمیل رسمی مرکز:** | **تلفن مرکز درمانی:** |
| **تلفن همراه نماینده مرکز درمانی:** | **کد سپاس:** |
| **حیطه فعالیت:** | |
| **استان:** | **شهرستان:** |
| **کد پستی:** | **کد اقتصادی:** |
| **آیا فعالیت مرکز در حوزه تصویربرداری است؟ بلی/خیر** | |
| **آدرس:** | |

مهر و امضا رئیس بیمارستان