**ّبسمه تعالي**

**شرايط تاسيس آزمايشگاه تشخيص پزشكي**

**شرايط موسس**

تاسيس آزمايشگاه قبل از هر گونه اقدام منوط به كسب موافقت اصولي و مجوز از کمیسیون قانونی مي باشد

اجازه تاسيس آزمايشگاه به اشخاص حقيقي و يا حقوقي پس از تصويب كميسيون قانوني و اخذ مجوزهاي قانوني و با شرايط ذيل داده مي شود :

الف) تابعيت جمهوري اسلامي ايران

ب ) اشخاص حقيقي متقاضي تاسيس آزمايشگاه بايد داراي يكي از مدارک ذيل باشند :

1. دكتري تخصصي آسيب شناسي باليني يا تشريحي ( يا هردو )
2. دكتري تخصصي علوم آزمايشگاهي
3. دكتراي حرفه اي علوم آزمايشگاهي

تبصره : دكتراي حرفه اي علوم آزمايشگاهي جهت تاسيس آزمايشگاه در 5 شهر بزرگ دانشگاهي (تهران ، مشهد ، اصفهان ، شيراز و تبريز )بايستي داراي 12سال سابقه كارمندي بوده و يا 12سال از زمان فارغ التحصيلي گذشته باشد.

4-دكتري تخصصي یا دارندگان مدرک ( PHD) با گرایش بالینی در رشته هاي (بيوشيمي - خون شناسي - بانک خون وایمونوهماتولوژی- ميكروب شناسي(باكتري شناسي، انگل شناسي، ويروس شناسي، قارچ شناسي)- ايمني شناسي و سرم شناسي- ژنتيك پزشكي يا انساني -سيتوژنتيك پزشكي يا انساني

تبصره 1: متخصصين تک رشته ای بمنظور تاسيس آزمايشگاه تشخيص پزشكي در 5 شهر بزرگ دانشگاهي (تهران ، مشهد ، اصفهان ، شيراز و تبريز )بايستي داراي 10سال سابقه كارمندي بوده و يا 10سال از زمان فارغ التحصيلي گذشته باشد با معرفی مسئول فنی واجد شرایط بطور همزمان

تبصره2 : متخصصين تک رشته ای بمنظور تاسيس آزمايشگاه تشخيص پزشكي در مراكز استان ها ، بايستي داراي 5 سال سابقه كارمندي بوده و يا 5 سال از زمان فارغ التحصيلي گذشته باشد با معرفی مسئول فنی واجد شرایط بطور همزمان

**ج) اشخاص حقوقي صرفاً مي توانند در قالب شركتهاي تعاوني خدمات بهداشتي و درماني متقاضي باشند و بايد حداقل نصف بعلاوه يكنفر از موسسين داراي مدارك علوم آزمايشگاهي (هر مقطع تحصيلي ) باشند و بهر حال معرفی مسئول فنی واجد شرایط الزامی است.**

**تبصره** 1- نهادها و موسسات دولتي و يا وابسته به دولت كه از بودجه عمومي استفاده مي نمايند به شرطي مي توانند تقاضاي تاسيس آزمايشگاه نمايند ،كه داراي مجوزهاي لازم ( عدم مغايرت با ضوابط و مقررات و نيز جهت درخواست تاسیس مراكز پزشكي در اساسنامه مركز )باشند.

**روال قانونی صدور پروانه هاي آزمایشگاه هاي وابسته به شرکتهاي تعاونی خدمات بهداشتی درمانی**

ماده 1- کلیه مدارك مربوط به متقاضیان (موسسین و مسئول فنی) می بایستی از طریق معاونت درمان دانشگاههاي علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی مربوطه جهت طرح در کمیسیون ماده 20 اخذ گردد .

ّماده 2- وزارت تعاون با توجه به ضوابط موجود پس از کسب موافقت ( صفحه (32 شرکتهاي تعاونی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ، نسبت به ثبت شرکت و تدوین اساسنامه مربوط به آن اقدامات مقتضی را بعمل آورده و حداکثر ظرف مدت 6 ماه نسبت به انعکاس چگونگی ثبت شرکت مزبوراقدام می نماید .

تبصره1:در صورتیکه شرکت تعاونی ظرف مدت 6 ماه نتواند اقدام نماید موافقت صادره لغو و بلا اثر می گردد.

تبصره 2 : شخصيت حقوقي بايستي داراي اساسنامه تأييد شده از سوي مراجع ذيصلاح قانوني بوده و در آن ارگان، تشكيلات، شرح وظايف و اختيارات هيأت مديره و نحوه انتخاب آن، منابع مالي، شرايط عضويت و نحوه انحلال آن پيش‌بيني شده باشد.

ماده 3 – پس از ثبت شرکت تعاونی و انعکاس آن از طریق وزارت تعاون به وزارت بهداشت ،موافقت اصولی صادر و متقاضیان موظفند جهت فعالیت قرارداد تاسیس تنظیم نمایند و حداکثر ظرف مدت دو سال شرکت موظف است قبل از شروع بکار مراتب را جهت بازدید نهایی به دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی مربوطه اعلام نمایند و در صورت عدم آمادگی بر اساس مفاد قرارداد تاسیس عمل خواهد گردید .

ماده 4 –در صورت تکمیل مدارك پروانه آزمایشگاه صادر می گر دد . (صفحه 41از فرایند صدور پروانه و تأسیس آزمایشگاه )

پروانه مسئوليت فني آزمايشگاه درمانگاه – مركز جراحي –شركت تعاوني و بيمارستانها ( دكتري علوم آزمايشگاهي )

***بسمه تعالی***

**شماره: *جمهوري اسلامی ایران***

**تاریخ : *وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی***

***اداره کل تعاون استان***

سلام علیکم

احتراما ، با عنایت به موافقت اولیه در خصوص تاسیس شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی --------------در کمیسیون قانونی آزمایشگاهها، مورخ ---------- در شهر -----------توسط اعضاء موسس ذیل:

خانمها / آقایان...................................................................................................................................

خواهشمند است دستور فرمائید در خصوص انجام مراحل قانونی ثبت شرکت تعاونی مذکور وفق دستورالعمل اجرایی تاسیس شرکت تعاونی خدمات بهداشتی درمانی ( بشماره 2208/ك مورخ( 78/2/9 مصوب وزارت متبوع اقدام مقتضی صورت پذیرفته و مراتب حداکثر ظرف مدت 6 ماه جهت صدور موافقت اصولی به معاونت درماندانشگاه اعلام گردد.

**نام و امضاء معاونت درمان دانشگاه**