

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات**

 **بهداشتی درمانی البرز**

 **معاونت درمان**

|  |
| --- |
|  **فرم اطلاع رسانی و ثبت اظهارات موسسین مراکز خصوصی - تاریخ مراجعه** ……………………… |
| **نام مرکز درمانی : نوع مرکز درمانی :** |
| **آدرس:** |
| **نام شخص مراجعه کننده : سمت :** |
| **شماره تماس : زمان راه اندازی :** |
| **1-مراجعه به سایت www.imed.ir و اطمینان از معتبر بودن دستگاه پزشکی و شرکت مورد نظر****2-موجود بودن برند و مدل دستگاه انتخابی جهت خرید درکالاهای ثبت شده شرکت مورد نظر در سایت imed.ir****3-خرید کلیه تجهیزات پزشکی صرفا بصورت نو****4-ارائه اصل فاکتور صادر شده از سوی شرکت نمایندگی قانونی مندرج در سایت www.imed.ir منطبق بر ضوابط فاکتور و پیش فاکتور ابلاغی اداره کل تجهیزات پزشکی به اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان جهت بررسی** |
| **اطلاعات لازم در خصوص نحوه تامین تجهیزات پزشکی مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی به نشانی WWW.IMED.ir مطابق موارد**  **فوق الذکر به اینجانب ..........................................**...........**............ موسس / مدیر عامل شرکت متقاضی منتقل شد و متعد می گردم نسبت به رعایت دستورالعمل های مربوطه از جمله موارد مذکوراقدامات لازم را انجام دهم. مهر و امضاء** |