

تاریخ

۲ صفحه

فرم ثبت نام و دریافت وجه در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۴۰۱

درج کلیه مشخصات **الزامی** می باشد. (تعداد صفحات: ۲)

نام آزمایشگاه:

☐ آزمایشگاه ☐ بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه	خصوصی:	☐ آزمایشگاه ☐ بیمارستان ☐ درمانگاه ☐ خیریه	دولتی:
---	--------	---	--------

کد عضویت آزمایشگاه در برنامه EQAP (در صورتی که قبلاً در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی انجمن شرکت کرده‌اید): **EQAP-**

مشخصات مسئولین:

❖ نام و نام خانوادگی مؤسس: تخصص: شماره نظام:
 مدرک تحصیلی: ☐ کاردان ☐ کارشناس ☐ کارشناس ارشد ☐ دکتر ☐ متخصص ☐ PhD ☐
 کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تخصص: شماره نظام:
 مدرک تحصیلی: ☐ دکتر ☐ متخصص ☐ PhD ☐
 کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی سوپروایزر: تلفن همراه:

❖ نام و نام خانوادگی مسئول بانک خون: تلفن همراه:

مشخصات نماینده تام الاختیار: (لازم به ذکر است کد و پسوندد آزمایشگاه شما جهت ورود به برنامه در اختیار ایشان قرار خواهد گرفت).

❖ نام و نام خانوادگی نماینده: کد ملی: شماره همراه:

حوزه دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی آزمایشگاه شما:

آدرس دقیق پستی آزمایشگاه:

استان: شهر: خیابان: پلاک:
 کد پستی: تلفن: داخلی: نمابر آزمایشگاه:
 پست الکترونیکی آزمایشگاه:

نمونه های درخواستی (در انتخاب نمونه درخواستی دقت نمایید).						
نوع آزمایش	نوبت اول	نوبت دوم	نوبت سوم	تست های عمومی درخواستی		
دوره عمومی						
دوره تکمیلی	اسمیر از نظر بررسی AFB		☐	☐	☐	☐
	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH		☐	-	☐	☐
	نمونه کنترل برای بررسی مارکرها قلبی (شرکت کلیه آزمایشگاه های بیمارستانی دارای بخشهای عمومی، در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مارکرها قلبی الزامی است).		☐	-	☐	☐
	نمونه کنترل برای آزمایش های غربالگری uE3, AFP, hCG, PAPP-A, fβhCG, Inhibin A, NT (شرکت کلیه آزمایشگاههایی که آزمایش های غربالگری مادران باردار را در آزمایشگاه خود انجام می دهند در برنامه مربوطه الزامی است).		☐	☐	☐	☐
	TB	نمونه مولکولی عوامل عفونی (کلیه آزمایشگاه هایی که آزمایش های تشخیص مولکولی عوامل عفونی (PCR) از جمله تشخیص مولکولی HBV را انجام می دهند، موظف به شرکت در برنامه مرتبط می باشند).	☐	-	☐	☐
	HBV		☐	-	☐	☐
	ایمونوهما تولوژی (بانک خون): (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)		☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐

مبلغ قابل پرداخت: ریال

نحوه پرداخت:

❖ پرداخت نقدی: نقدی ☐ Pose ☐ مبلغ ریال در تاریخ انجام شد.

❖ واریز به حساب / کارت: شماره فیش / کد پیگیری: تاریخ پرداخت: بانک: انجام شد.

❖ پرداخت از طریق چک شماره بانک مبلغ به سررسید انجام شد.

در صورت درخواست فاکتور: کد اقتصادی شناسه ملی

پل ارتباطی با مسئول اجرایی برنامه EQAP: ۸۸۹۷۰۷۰۰ داخلی ۱ ارتباط از طریق تلگرام و واتساپ: ۰۹۱۹۶۶۸۸۲۶۹
وب سایت برنامه: eqap.iacld.com کانال تلگرامی برنامه: @eqcld

مهر و امضاء دریافت کننده وجه

امضاء و مهر مؤسس /مسئول فنی