

فرم ثبت نام و دریافت وجه در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۳۹۹

درج کلیه مشخصات الزامی می باشد.

اینجانب مؤسس/مسئول فنی آزمایشگاه تخصص:

شماره نظام: کد ملی مسئول فنی: در حوزه دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی

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

EQAP-

آدرس آزمایشگاه: استان: شهر: خیابان: پلاک:

کد پستی: تلفن آزمایشگاه: نامبر آزمایشگاه:

تلفن همراه مسئول فنی: آزمایشگاه: دولتی □ خصوص □ نام سوپروایز آزمایشگاه:

تلفن همراه سوپروایز آزمایشگاه: پست الکترونیکی آزمایشگاه/مسئول فنی:

تست های عمومی درخواستی	نوبت سوم	نوبت دوم	نوبت اول	نوع آزمایش	
				دوره عمومی	دوره تکمیلی
<input type="checkbox"/> بیوشیمی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اسمیر از نظر بررسی AFB	
<input type="checkbox"/> هموگلوبین A1c	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> نوار ادرار	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH	
<input type="checkbox"/> پروتئین ادرار	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> خون کنترل	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای بررسی مارکرهای قلبی (شرکت کلیه آزمایشگاه های بیمارستانی دارای بخشهای عمومی، در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت مارکرهای قلبی الزامی است.)	
<input type="checkbox"/> پلاسما انعقادی	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> رتیکولوسیت	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های غربالگری uE3, AFP, hCG, PAPP-A, fβhCG و DIA (شرکت کلیه آزمایشگاههایی که آزمایش های غربالگری مادران باردار را در آزمایشگاه خود انجام می دهند در برنامه مربوطه الزامی است.)	
<input type="checkbox"/> لام های خونی محیطی	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> ایمونوسرولوژی	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	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.)	
<input type="checkbox"/> سرولوژی (رایت)	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> باکتری شناسی	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	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.)
<input type="checkbox"/> انگل شناسی	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	HBV	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ایمنوها تولوژی (بیمارستان ها و مراکز درمانی تکمیل کنند) (برای آزمایشگاه های غیرمراکز درمانی اختیاری است)	

امضاء و مهر مؤسس/مسئول فنی

مبلغ کل ریال به شرح ذیل:

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

واریز به حساب: 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: ۰۹۱۹۶۶۸۸۲۶۹

وب سایت برنامه: eqap.iaclد.com

کانال تلگرامی برنامه: @eqclد

مهر و امضاء دریافت کننده وجه