

تاریخ

فرم ثبت نام در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۴۰۵

درج کلیه مشخصات **الزامی** می باشد.

نام آزمایشگاه:

دولتی: بیمارستان درمانگاه خیریه آزمایشگاه مرکز بهداشت

خصوصی: بیمارستان درمانگاه خیریه آزمایشگاه

نوع: تشخیص پزشکی ژنتیک آسیب شناسی تک تخصصی

مشخصات مسئولین:

❖ نام و نام خانوادگی مؤسس: تخصص: شماره نظام:

مدرک تحصیلی: کاردان کارشناس کارشناس ارشد دکترا متخصص PhD

کد ملی: شماره همراه:

❖ نام و نام خانوادگی مسئول فنی: تخصص: شماره نظام:

مدرک تحصیلی: دکترا 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 به همراه پیش شماره: داخلی:

نمبرآزمایشگاه: پست الکترونیکی آزمایشگاه:

آدرس ارسال نمونه ها در صورتی که با آدرس آزمایشگاه مغایرت دارد:

استان: شهر: خیابان: پلاک:

کد پستی:

کد اقتصادی آزمایشگاه: شناسه ملی آزمایشگاه/ کد ملی مؤسس: