

تاریخ

فرم ثبت نام در برنامه ارزیابی کیفیت خارجی سال ۱۴۰۲

درج کلیه مشخصات **الزامی** می باشد. (تعداد صفحات: ۱)

نام آزمایشگاه:

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

EQAP- کد عضویت آزمایشگاه در برنامه EQAP (این قسمت توسط دفتر برنامه تکمیل می شود).

مشخصات مسئولین:

❖ نام و نام خانوادگی مؤسس/نماینده: 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: داخلی: نمابر آزمایشگاه:

پست الکترونیکی آزمایشگاه:

امضاء و مهر مؤسس/مسئول فنی