**فرم درخواست حذف و اضافه پرتوکاران استفاده کننده فیلم بج و تغییر مشخصات مرکز**

تعداد بج مورد نیاز:

تاریخ درخواست:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. مشخصات مرکز: | | | |  | | | | | | | | |
| 1 | نام: | | |  | | | | 8 | کد اشتراک فیلم بج: | |  | |
| 2 | استان و شهر: | | |  | | | | 9 | شناسه ملی: | |  | |
| 3 | آدرس: | | |  | | | | 10 | کد اقتصادی: | |  | |
| 4 | کد پستی: | | |  | | | | 11 | نام شخص مسئول: | |  | |
| 5 | تلفن: | | |  | | | | 12 | تلفن همراه شخص مسئول: | |  | |
| 6 | فکس: | | |  | | | | 13 | نام مسئول فیزیک بهداشت: | |  | |
| 7 | نوع فعالیت: | | |  | | | | 14 | همراه مسئول فیزیک بهداشت: | |  | |
| 1. مشخصات پرتوکاران جدید مرکز: | | | | | |
| ردیف | | نام | نام خانوادگی | | نام پدر | تاریخ تولد | ش.شناسنامه | | کد ملی | بج لازم دارد؟ | | سمت |
| 1 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 2 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 3 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 4 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 5 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 6 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 7 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 8 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 9 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| 10 | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |

توجه: درصورتیکه تعداد پرتوکاران بیشتر از ردیف های جدول فوق می باشد، در پیوست1 این فرم درج نمایید.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. مشخصات پرتوکاران حذف شده مرکز: | | | | | | | | | | | | |
| ردیف | | نام | نام خانوادگی | کد ملی | | | ردیف | نام | نام خانوادگی | | | کد ملی |
| 1 | |  |  |  | | | 5 |  |  | | |  |
| 2 | |  |  |  | | | 6 |  |  | | |  |
| 3 | |  |  |  | | | 7 |  |  | | |  |
| 4 | |  |  |  | | | 8 |  |  | | |  |
| 1. مدارک مورد نیاز: | | | | | | | | | | | | |
| 1 | فرم تکمیل شده با امضاء و مهر نماینده مرکز | | | | 2 | کپی کارت ملی کلیه پرتوکاران جدید | | | | 3 | رسید بانکی دارای پرفراژ بانک | |

**متقاضی دریافت خدمات الکترونیکی** (دریافت گزارش ها و ارسال درخواست ها)

اینجانب...................................................... به عنوان نماینده قانونی مرکز فوق، با آگاهی از شرایط قرارداد اطلاعات فوق را تأیید می کنم.

نام و نام خانوادگی نماینده مرکز: مهر و امضاء: