

بسمه تعالی

فرم درخواست و تعهدنامه متقاضی و اعلام نظر رئیس بخش / مدیر گروه رئیس شبکه / مدیر مرکز بهداشت

اینجانب دکترمتخصص / پزشک / دندانپزشک به شماره شناسنامه
صادره از دارنده شماره نظام پزشکی شاغل در مرکز پزشکی ، آموزشی و درمانی /
بیمارستان / دانشکده / درمانگاه / مرکز تحقیقاتی / مرکز بهداشتی درمانی ضوابط
و مقررات مندرج در دستورالعمل طرح کارانه ونحوه پرداخت حق الزحمه کارانه در مراکز پزشکی ، آموزشی و درمانی
و بیمارستانهای تابعه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی را بطور دقیق مطالعه نموده و ضمن
پذیرش شرایط و مقررات فوق الذکر ، تعهد می نمایم که تمام اصول و ضوابط را رعایت نموده و متقاضی شرکت
در طرح کارانه از تاریخ می باشم و هیئت نظارت واحد مجری طرح اجازه دارد که براساس
دستورالعمل ، بر عملکرد اینجانب نظارت نموده و ضوابط و مقررات مصوب را به اجراء بگذارد .

امضاء و مهر نظام پزشکی

هیئت محترم نظارت واحد مجری طرح

با سلام

بدینوسیله ضمن تأیید عملکرد آقای / خانم دکتر با درخواست نامبرده جهت
ورود به طرح کارانه موافقت می نماید .

نام و نام خانوادگی و امضا رئیس شبکه / مدیر مرکز بهداشت

توجه : تقاضای شود فقط اطلاعات مورد نیاز مربوط به رشته تخصصی متقاضی که بصورت (*) مشخص شده تکمیل گردد .

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

فرم مشخصات و عملکرد متقاضی شرکت در طرح کارانه و مصوبه هیئت مجری طرح

دانشکده مرکز پزشکی آموزشی و درمانی بیمارستان

شبکه بهداشت و درمان مرکز بهداشتی و درمانی

نام و نام خانوادگی: شماره نظام پزشکی:

رشته تخصصی: عضو هیئت علمی پزشک دندانپزشک

نوع استخدام: رسمی پیمانی قراردادی طرح نیروی انسانی ضریب k سایر

تاریخ استخدام: تاریخ شروع بکار:

تاریخ تقاضای شرکت در طرح کارانه

متوسط ساعات حضور متقاضی در یک ماه

متوسط کارکرد ماهانه متقاضی ریال

متوسط حق الزحمه ماهانه متقاضی ریال

تعداد تخت های بخش:

تعداد تخت هایی که متقاضی در اختیار دارد:

* تعداد متوسط بیماران سرپایی بستری و اعمال جراحی انجام شده توسط متقاضی در یکماه

* تعداد نسخ روزانه بیماران سرپایی بستری «مخصوص دکتری داروسازی»

* تعداد یونیت های دندانپزشکی که متقاضی در اختیار دارد «مخصوص دندانپزشکان»

* تعداد آزمایش هایی که روزانه توسط متقاضی مورد بررسی قرار می گیرد «مخصوص پزشک علوم آزمایشگاهی»

* تعداد متوسط نمونه های آسیب شناسی که روزانه توسط متقاضی مورد بررسی قرار می گیرد «مخصوص پاتولوژیست»

* تعداد متوسط کلیشه هایی که روزانه توسط متقاضی مورد بررسی قرار می گیرد سرپایی بستری «مخصوص رادیولوژیست»

خدمات جنسی انجام گرفته توسط متقاضی

تعداد متخصصان و پزشکان شاغل در رشته متقاضی در بخش مربوطه نفر است .

میانگین کارکرد ماهانه متخصصان و پزشکان هم رشته متقاضی ریال

درخواست و تعهد شرکت در طرح کارانه و تقاضای کتبی متقاضی همراه با تصویر آخرین حکم استخدامی متقاضی به پیوست ضمیمه میباشد

تاریخ تنظیم فرم مشخصات:

عقد / تمدید قرارداد طرح کارانه خانم / آقای دکتر از تاریخ موافقت می گردد .

نام و نام خانوادگی و امضاء

نام و نام خانوادگی و امضاء
معاون بهداشت / معاون آموزشی

نام و نام خانوادگی و امضاء

نماینده رئیس دانشگاه

نام و نام خانوادگی و امضاء

رئیس شبکه / مدیر مرکز بهداشت

توضیح:

(۱) ذکر تاریخ های قید شده در فرم الزامی است و چنانچه متقاضی تاریخ تقاضای شرکت در طرح کارانه خود را بنویسد تاریخ نامه
ارسالی مرکز پزشکی / بیمارستان در نظر گرفته خواهد شد.

(۲) برای محاسبه متوسط کارکرد و متوسط حق الزحمه پزشک متقاضی لازم است از زمان اشتغال حداقل به مدت سه ماه در بیمارستان /
مرکز پزشکی کارکرد داشته و در کارت حسابداری درج شده و به هیئت عالی نظارت ارسال شده باشد .