

بسمه تعالی

اینجانب/اینجانبان با کد ملی و شماره نظام موسس/موسسین آزمایشگاه به آدرس و شماره همراه دارای موافقت اصولی به شماره مورخ با عنایت به دستورالعمل "الزام تبادل بر خط و استمرار داده های آزمایشگاهی با پایگاه ملی سلامت" از طریق سرویس "تبادل اطلاعات ابلاغی از مرکز آمار و فناوری اطلاعات وزارت بهداشت" مطابق آخرین ابلاغیه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بدین وسیله با علم و آگاهی کامل و بدون هر گونه الزام و اجباری متعهد می شود الزامات ابلاغی را پذیرفته و اجرا نموده و در صورت عدم تبادل داده طبق آخرین ابلاغیه ها که منجر به عدم تمدید پروانه های آزمایشگاه خواهد شد ضمن تقبل ضرر و زیان پیش آمده نسبت به عدم تمدید پروانه، هر گونه اعتراضی را از خویش سلب و ساقط نموده و ضمن پذیرش هر گونه برخورد قانونی با این جانب و موسسه صدرالاشاره، صراحتاً اعلام می دارم که هیچ گونه مسئولیت، پاسخگویی و جبران خسارتی در خصوص موارد فوق متوجه دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نمی باشد و در صورت طرح هر گونه اعتراض و یا طرح دعوی از طرف اینجانب و یا موسسه فوق، مراتب را به صلح خاتمه خواهیم داد.