

## فرم درخواست عدم محاسبه ضریب منطقه خدمتی

اینجانب ..... فرزند ..... به کد ملی .....

فارغ التحصیل رشته ..... مقطع ..... شاغل بصورت مشمول قانون

خدمت پزشکان و پیراپزشکان در شبکه/مرکز/بیمارستان .....

با ضریب منطقه خدمتی ..... ، در اجرای بند ۲ بخشنامه شماره ۵/۲۰۷/۱۸۹۹ مورخ

۹۸/۱۲/۰۶ معاونت توسعه مدیریت منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی و با اطلاع کامل از امکانات، شرایط و خصوصیات مرکز/شبکه/بیمارستان

..... تمایل خود را نسبت به عدم محاسبه ضریب منطقه خدمتی

اعلام می نمایم و خواهشمند است دستور فرمائید در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد.

نام و نام خانوادگی

امضا

تاریخ