

به نام خدا

فرم مشخصات مؤسسات و شرکت های فنی و مهندسی پزشکی
حوزه تعمیر و نگهداری
استان اصفهان

نام مؤسسه/شرکت:

آدرس:

تلفن:

نام مدیر عامل/مالک حقوقی:

آخرین مدرک تحصیلی:

رشته تحصیلی:

سال شروع فعالیت مؤسسه/شرکت:

آیا شرکت/مؤسسه ثبت شده است:

شماره ثبت شرکت/مؤسسه:

فهرست تجهیزات پزشکی موضوع فعالیت شرکت:

- | | |
|----|-----|
| ۱- | ۶- |
| ۲- | ۷- |
| ۳- | ۸- |
| ۴- | ۹- |
| ۵- | ۱۰- |

شرکت/مؤسسه نمایندگی خدمات پس از فروش چه شرکتهائی را دارد؟

۱-

۲-

۳-

شرکت/مؤسسه در حال حاضر پشتیبانی فنی چه مرکزی را به عهده دارد(در صورت داشتن قرارداد سرویس و نگهداری با مرکز درمانی و بیمارستان به آن اشاره نمائید.)

فهرست اسامی پرسنل فنی شرکت:

ردیف	نام و نام خانوادگی	رشته تحصیلی	آخرین مدرک تحصیلی	سابقه فعالیت	دوره های آموزشی گذرانده
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

توضیح: تصویر گواهینامه ها، تأییدیه ها و نامه های نمایندگی ضمیمه فرم تکمیل شده گردد.

به نام خدا

فرم مشخصات شرکت های فنی و مهندسی پزشکی

نماینده رسمی فعال در

استان اصفهان

نام مؤسسه/شرکت:

آدرس:

تلفن:

نام مدیر عامل/مالک حقوقی:

آخرین مدرک تحصیلی:

رشته تحصیلی:

سال شروع فعالیت مؤسسه/شرکت:

آیا شرکت/مؤسسه ثبت شده است:

شماره ثبت شرکت/مؤسسه:

فهرست شرکتها و محصولات موضوع نمایندگی

ردیف	نام شرکت	نام محصول
۱		
۲		
۳		
۴		
۵		
۶		
۷		
۸		
۹		
۱۰		