

فرم اعلام همکاری پرسنل یا مؤسسه

اینجانب با کد ملی دارای مدرک

تحصیلی و نظام پزشکی همکاری خود را در توبت

کاری صبح/ عصر/ شب

روزهای

ساعات

با مؤسسه

اعلام می نمایم، ضمناً تعهد می نمایم که در ساعات حضور در این مؤسسه، در هیچ مؤسسه دیگری

حضور نداشته باشم.

نام و نام خانوادگی و امضا، پرسنل