



فرم اعلام تغییر اطلاعات طرف قرارداد

(لطفا هر کدام از موارد زیر که تغییر پیدا کرده است تکمیل نمایید)

نام آزمایشگاه:

آدرس:

تلفن:

مسئول فنی	
نام و نام خانوادگی:	
شماره پروانه:	تخصص:
شماره نظام پزشکی/آزمایشگاهی:	
ایمیل:	
تلفن مستقیم:	موبایل:

مؤسس	
نام و نام خانوادگی:	
شماره پروانه:	تخصص:
شماره نظام پزشکی/آزمایشگاهی:	
ایمیل:	
تلفن مستقیم:	موبایل:

(چنانچه مؤسسين و مسئولین فنی افراد بیشتری هستند لطفا اطلاعات کامل ایشان را پشت برگه وارد نمایید)

مسئول ارسال	
نام و نام خانوادگی:	
تلفن مستقیم:	موبایل:

سوپروایزر / مدیر آزمایشگاه	
نام و نام خانوادگی:	
تلفن مستقیم:	موبایل:

اکانت آزمایشگاه	
ایمیل آزمایشگاه:	
شماره واتس اپ آزمایشگاه:	

حسابداری	
نام و نام خانوادگی:	
تلفن مستقیم:	موبایل:



AD-PRX-FO-029/00

اولین دارنده استاندارد بین المللی آزمایشگاه های پزشکی ISO-15189 در ایران