



فرم اطلاعات آزمایشگاه گیرنده خدمات

نام آزمایشگاه:	
آدرس:	تلفن:
	فاکس:
	کد پستی:
Website:	Email:
حوزه فعالیت	
<input type="checkbox"/> پاتوبیولوژی <input type="checkbox"/> پاتولوژی <input type="checkbox"/> ژنتیک <input type="checkbox"/> مشاوره ژنتیک <input type="checkbox"/> سایر	
روز و ساعت کار:	
موسس	
دکتر: شماره پروانه: تخصص: شماره نظام پزشکی/آزمایشگاهی: تلفن مستقیم: موبایل: ساعت حضور: (چنانچه مؤسسين افراد بیشتری هستند لطفا اطلاعات کامل ایشان را پشت برگه وارد نمایید)	
مسئول فنی	
دکتر: شماره پروانه: تخصص: شماره نظام پزشکی/آزمایشگاهی: تلفن مستقیم: موبایل: ساعت حضور: (چنانچه مسئولین فنی افراد بیشتری هستند لطفا اطلاعات کامل ایشان را پشت برگه وارد نمایید)	
رابط مستقیم آزمایشگاه	۱- نام: ۲- سمت: ۳- تلفن مستقیم: ۴- ساعت کار: ۳- موبایل:
حسابدار	۱- نام: ۲- سمت: ۳- تلفن مستقیم: ۴- ساعت کار: ۳- موبایل:
مدیر	۱- نام: ۲- سمت: ۳- تلفن مستقیم: ۴- ساعت کار: ۳- موبایل:
نحوه دریافت جواب	<input type="checkbox"/> ارسال توسط پست <input type="checkbox"/> تحویل به پیک آزمایشگاه ارجاع <input type="checkbox"/> برداشت از روی سایت (فرم درخواست پر شود) <input type="checkbox"/> شماره همراه جهت اطلاع رسانی پیامکی

