

فرم درخواست عدم محاسبه ضریب منطقه خدمتی

اینجانب فرزند..... با کدملی.....فارغ التحصیل
رشته مقطع..... شاغل به صورت مشمول
قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در شبکه/مرکز/بیمارستان.....
با ضریب منطقه خدمتی..... ، در اجرای بند ۲ بخشنامه شماره ۹۸/۱۲/۰۶/د
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 شبکه
/مرکز /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

تاریخ:

امضاء: