

فرم درخواست مراکز درمانی

• نوع مرکز درمانی:

۱. بیمارستان ☐ ۲. مرکز جراحی محدود ☐ ۳. مرکز تصویربرداری ☐ ۴. آزمایشگاه ☐ ۵. مرکز دندانپزشکی ☐
۶. داروخانه ☐ ۷. درمانگاه و کلینیک ☐ ۸. مرکز فیزیوتراپی ☐ ۹. سایر ☐

• نام مرکز درمانی:

• نشانی مرکز درمانی:

استان ----- شهر ----- به نشانی -----

شماره تماس: -----

آدرس ایمیل: -----

فکس: -----

• نام مدیریت مرکز درمانی: -----

• نام مسئول امور بیمه: ----- تلفن همراه: -----

• نوع مرکز: حقوقی ☐ حقیقی ☐

• مرکز حقوقی: شماره شناسه ملی مرکز درمانی: ----- کد اقتصادی مرکز درمانی: -----

• مرکز حقیقی: نام موسس: ----- کد ملی موسس: -----

• شرح کامل نوع خدمات قابل ارائه توسط مرکز درمانی:

• خواهشمند است تصویر مدارک ذیل ضمیمه گردند:

۱. بیمارستان و مرکز جراحی:

- درخواست کتبی
- گواهی اعتبار بخشی
- پروانه مرکز با ذکر تمام بخشها
- پروانه مسئول فنی تمام بخش ها
- لیست تمام پزشکان

۲. تصویربرداری /آزمایشگاه

- درخواست کتبی
- پروانه بهره برداری
- پروانه مسئول فنی
- کارت ملی موسس

۳. داروخانه :

- درخواست کتبی
- پروانه بهره برداری
- پروانه مسئول فنی
- کارت ملی موسس

۴. مرکز فیزیوتراپی:

- درخواست کتبی
- پروانه بهره برداری
- پروانه مسئول فنی
- کارت ملی موسس

۵. مطب دندانپزشکی:

- درخواست کتبی
- پروانه مطب
- کارت ملی پزشک
- کارت نظام پزشکی

۶. کلینیک دندانپزشکی:

- درخواست کتبی
- پروانه بهره برداری
- پروانه مسئول فنی
- کارت ملی موسس

۷. درمانگاه / کلینیک :

- درخواست کتبی
- پروانه بهره برداری
- پروانه مسئول فنی
- کارت ملی موسس

- مراکز درمانی داوطلب انعقاد قرارداد با مجموعه درمانت میتوانند با تکمیل فرم درخواست همکاری و تکمیل مدارک مذکور و ارسال به شماره واتساپ ۰۹۳۹۸۸۱۹۲۶۲ و یا ایمیل m.mashayekhi@darmanet.ir و یا از طریق سایت darmanet.com اقدام نمایند.
- شماره تماس جهت پیگیری و ارتباط با واحد امور قراردادهای مراکز درمانی درمانت به شرح ذیل میباشد:
شماره تماس: ۰۲۱-۹۱۰۰۸۴۴۸
داخلی: ۷۷۳۶ و ۷۷۸۲