

## فرم مشخصات موسسین / موسسین / مدیر عامل و هیئت مدیره شرکت .....

نام فعلی شرکت: ..... در صورت تغییر نام ، نام قبلی و تاریخ تغییر ذکر شود ..... شماره ثبت شرکت.....

..... تاریخ ثبت:..... نشانی شرکت: .....

تلفن: ..... نمابر:..... کد پستی:..... نوع خدمات که شرکت ارائه خواهد نمود: الف) صرفاً بهداشت حرفه‌ای  
 ب) سایر خدمات  ذکر نوع خدمات .....

ردیف	سمت	نام و نام خانوادگی	درصد سهام	تحصیلات		سابقه کار (سال)	شغل / مشاغل فعلی	کد ملی	شماره موبایل	ایمیل
				مقطع	رشته					

نام و نام خانوادگی مدیر عامل:..... تاریخ تکمیل فرم:..... امضاء:..... مهر شرکت

**نظریه نهایی کمیته:**

مطابق ماده 2 و 12 آیین نامه شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای که می‌بایست حداقل یکی از موسسین شرکت‌های سطح 1 و 2 دارای مدرک دانشگاهی در یکی از مقاطع دکتری یا فوق لیسانس یا لیسانس در رشته بهداشت حرفه‌ای و برای شرکت سطح 3 مطابق ماده 27 بایستی دکتری یا فوق لیسانس باشد، موسس / هیات موسسین شرکت..... از اعتبار قانونی برخوردار است: بلی \*\* خیر \*\* ذکر اقدامات اصلاحی مورد نیاز:

.....

تاریخ صدور نظریه نهایی..... امضاء رئیس / دبیر کمیته .....