



## برگه ثبت نام در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت ۱۳۹۶

نام آزمایشگاه: ..... دانشگاه ..... استان ..... \* کد عضویت: ..... / .....  
نام مسئول فنی/ موسس: .....

نوع آزمایشگاه: پاتوبیولوژی  دولتی  خصوصی   
تشخیص طبی  دولتی  خصوصی

کد اقتصادی: .....

نشانی: .....

کدپستی: ..... درج کد پستی جهت ارسال نمونه الزامی می باشد.

شماره تماس آزمایشگاه: ..... شماره تلفن همراه مسئول فنی: .....

شماره تلفن همراه سوپر وایزر: ..... نامبر: .....

پست الکترونیکی آزمایشگاه/ مسئول فنی: .....

لطفا برنامه های مورد درخواست خود را با علامت در خانه های مربوطه مشخص نمایید:

### برنامه های عمومی پایه

<input type="checkbox"/> ۹۶-۱	<input type="checkbox"/> ۹۶-۲	<input type="checkbox"/> ۹۶-۳
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

### برنامه های ایمنوهماتولوژی برای بیمارستانها و مراکز درمانی

<input type="checkbox"/> ۹۶-۱	<input type="checkbox"/> ۹۶-۲	<input type="checkbox"/> ۹۶-۳
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

### برنامه های تکمیلی

تکمیلی ۱		تکمیلی ۲	
<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای بررسی مارکرهای قلبی	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای بررسی مارکرهای قلبی
<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH IgG	<input type="checkbox"/>	نمونه کنترل برای آزمایش های TORCH IgG
<input type="checkbox"/>	اسمیر برای بررسی از نظر BK	<input type="checkbox"/>	اسمیر برای بررسی از نظر BK

## شرکت تضمین کیفیت آزمایشگاه های پزشکی

اینجانب دکتر ..... موسس/مسئول فنی آزمایشگاه ..... دارای

\* کد ملی: ..... با تأیید اطلاعات فوق مایل به ثبت نام در برنامه ارزیابی خارجی کیفیت می باشم.

امضاء:

\* درج کد عضویت و کد ملی برای تکمیل ثبت نام الزامی می باشد.