

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز

فرم ابلاغ و تاییدیه شروع بکار پزشکان قراردادی بیمارستان حضرت ولیعصر (عج) اقلید

تاریخ:

شماره:

احتراما با توجه به قرارداد شماره مورخ بیمارستان حضرت ولیعصر (عج) شهرستان اقلید بموجب این قرارداد بعنوان به شماره شناسایی جهت شروع به کار در بیمارستان اقلید خدمتان معرفی میگردد لذا جهت برقراری مزایای نامبرده پس از ارائه آموزش لازم مراتب تایید، مهر و امضا به واحد کارگزینی تحویل فرمائید.

مریم صفری

مسئول منابع انسانی بیمارستان

نام و نام خانوادگی مسئول: مدیریت مهر و امضا:	مسئول بلا فصل: بدینوسیله باستحضار میرساند نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه و شروع بکار نموده آموزش های لازم ارائه گردید. شروع به کار ایشان از تاریخ میباشد.
نام و نام خانوادگی کارمند: مجید قره خانی مهر و امضا:	واحد رابط پزشکان و امور رفاهی: بدینوسیله اعلام میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده آموزش های لازم ارائه گردید مدارک مورد نیاز تحویل شد.
نام و نام خانوادگی مسئول: نفیسه افضلی مهر و امضا:	واحد آمار: بدینوسیله اعلام میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده آموزشهای لازم ارائه گردید مشخصات ایشان در سامانه آواب ثبت گردید و شروع به کار نامبرده به استان اعلام گردید.
نام و نام خانوادگی مسئول: احمد غفاری مهر و امضا:	واحد تغذیه: بدینوسیله اعلام میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده آموزشهای لازم ارائه گردید مشخصات ایشان در سامانه تغذیه ثبت گردید.

نام و نام خانوادگی مسئول: ملیحه فرجی مهر و امضا:	مدیر خدمات پرستاری : بدینوسیله باستحضار میرساند نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده و آموزش های لازم ارائه گردید.
نام و نام خانوادگی مسئول : حسین نیکوکار مهر و امضا:	واحد امور قراردادها : بدینوسیله تایید میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده ، مدارک مورد نیاز تحویل و اقدامات لازم انجام گردید.
نام و نام خانوادگی مسئول : معصومه عابدینی مهر و امضا:	واحد اقتصاد درمان : بدینوسیله اعلام میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده و اقدامات لازم انجام گردید.
نام و نام خانوادگی مسئول : سید محسن قریشی مهر و امضا:	واحد فناوری اطلاعات سلامت : بدینوسیله اعلام میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده و اقدامات لازم انجام گردید.
نام و نام خانوادگی مسئول : اعظم زرین کلاه مهر و امضا:	واحد درآمد : بدینوسیله اعلام می گردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده و اقدامات لازم بعمل آمد به نامبرده آموزش های لازم داده شد.
نام و نام خانوادگی مسئول : اکبر حیدری مهر و امضا:	رابط کارآمد : بدینوسیله اعلام می گردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده و اقدامات لازم انجام گردید .
نام و نام خانوادگی مسئول : افسانه تقوا مهر و امضا:	تایمکس: بدینوسیله اعلام میگردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده مشخصات ایشان در سامانه حضور و غیاب ثبت گردید. آموزشهای لازم به ایشان داده شد و فرم بیمه عمر تکمیل گردید.
نام و نام خانوادگی مسئول : سلطانه رئیسی مهر و امضا:	حراست : بدینوسیله اعلام می گردد نامبرده در تاریخ به این واحد مراجعه نموده مدارک مورد نیاز تحویل گردید و به نامبرده آموزش های لازم داده شد.

دکتر حسین غلامپور

ریاست بیمارستان

مریم صفری

مسئول منابع انسانی بیمارستان