



فرم درخواست گواهینامه  
بیمارستان سبز

اطلاعات عمومی

نام بیمارستان:		سال تاسیس:	خصوصی □ نیمه خصوصی □ دولتی □
نام و نام خانوادگی ریسی:			
نام و نام خانوادگی و پست سازمانی رابط:			
تلفن همراه:			
شماره تلفن ثابت:		شماره نمابر:	
آدرس الکترونیکی:			
آدرس پستی:			
تعداد تخت های فعال:		تعداد طبقات:	تعداد کارکنان:
معرفی سیستم های مدیریتی موجود:			
معرفی کلی از بیمارستان (بخش ها و ...)			
تاریخ تکمیل		مهر و امضا	

دبیرخانه

تهران - خیابان سهروردی شمالی، بالاتراز میدان پالیزی، کوچه بسطامی، پلاک 15، طبقه 5  
تلفکس: 88515421-88515526-88515328