



معهد أبحاث وتطبيقات الليزر



مركز تكنولوجيا الليزر والدعم الفني



جامعة بني سويف

نموذج طلب ترخيص جهاز ليزر أو وميض ضوئي طبي

مقدم لمركز تكنولوجيا الليزر والدعم الفني التابع لمعهد أبحاث وتطبيقات الليزر – جامعة بني سويف

اسم المنشأة (المركز / العيادة / المستشفى):

عنوان المنشأة (كما مدون بشهادة العلاج الحر):

المحافظة:

اسم الطبيب المسئول:

الدرجة: ☐ أستاذ ☐ أستاذ مساعد ☐ مدرس ☐ مدرس مساعد ☐ أخصائي

التخصص:

الرقم القومي:

التليفون:

نوع الطلب: ☐ ترخيص فقط ☐ تجديد فقط ☐ ترخيص + تجديد

عدد الغرف الكلية بالمكان:

عدد أجهزة الليزر الكلية بالمكان:

عدد أجهزة الليزر المراد ترخيصها/تجديدها:

موديلات الأجهزة المراد ترخيصها/تجديدها:

١. _____
٢. _____
٣. _____
٤. _____
٥. _____

إقرار

أقر أنا الطبيب/ _____ بأن كافة البيانات عالية صحته وانني حاصل علي شهادة أمان الليزر وشهادة إجازة استخدام جهاز ليزر طبي و أنني المسئول و المشرف الفني على أجهزة الليزر الطبية بالمركز وايضا المسئول عن السادة الاطباء القانمين عليها (في حالة وجود اطباء غير المشرف) من حيث الكفاءة العلمية والعملية، كما أتعهد بتسليم جميع الاوراق والمستندات المطلوبة ودفع الرسوم المقررة لاستخراج الشهادة.

وهذا اقرار مني بذلك ،

التوقيع