



معهد أبحاث وتطبيقات الليزر



مركز تكنولوجيا الليزر والدعم الفني



جامعة بني سويف

نموذج طلب ترخيص مركز ليزر 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 المسنول:

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 الغرف المراد ترخيصها:

عدد الغرف المراد تجديد ترخيصها:

عدد أجهزة الليزر الكلية بالمكان:

عدد أجهزة الليزر المراد ترخيصها:

عدد أجهزة الليزر المراد تجديد ترخيصها:

إقرار

أقر أنا الطبيب/ ----- بأن كافة البيانات عالية صحته وانني حاصل علي شهادة أمان الليزر وشهادة إجازة استخدام جهاز ليزر طبي كما أتعهد بتسليم جميع الأوراق المطلوبة والالزمة ودفع الرسوم المقرره لاستخراج الشهادة.

وهذا اقرار مني بذلك ،

التوقيع