



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

شبکه بهداشت و درمان شهرستان نی ریز

## بیمارستان شهداء نی ریز

### فرم تسویه حساب

شماره: .....

تاریخ: .....

پیوست: .....

با توجه به بازنشستگی / ماموریت/پایان طرح خانم / آقای ..... با شماره شناسایی ..... عنوان پست سازمانی ..... بدینوسیله گواهی می شود نامبرده در تاریخ ..... با این بیمارستان تسویه حساب نموده و هیچگونه بدهی ندارد .

متصدی امین اموال بیمارستان نام و امضاء	صندوق قرض الحسنه بیمارستان نام و امضاء
مسئول انتظامات جهت تحویل کارت حراست نام و امضاء	مسئول تدارکات نام و امضاء
کتابخانه بیمارستان نام و امضاء	رئیس حسابداری تسویه حساب قبوض انجام شده نشده نیاز ندارد
پانسون بیمارستان نام و امضاء	مسئول حضور و غیاب نام و امضاء
انبار بیمارستان نام و امضاء	مسئول کارگزینی نام و امضاء
فروش ژتون سلف سرویس نام و امضاء	بخش مدارک پزشکی نام و امضاء
مسئول بخش نام و امضاء	مسئول فناوری اطلاعات نام و امضاء
دفترپرستاری نام و امضاء	واحد بهبود کیفیت نام و امضاء
مدیر داخلی نام و امضاء	رئیس بیمارستان نام و امضاء

#### توجه

- این فرم بایستی در دو نسخه تهیه و به ترتیب از بالا به پایین تکمیل امضاء شود.
- قسمت کتابخانه و امین اموال فقط با مهر و امضاء و بقیه واحدها با امضاء معتبر خواهد بود.
- امضاء قرض الحسنه بیمارستان مورد بررسی و تایید قرار خواهد گرفت .
- پس از تکمیل امضاء این فرم جهت اخذ پایان کار به کارگزینی بیمارستان مراجعه نمایید .
- به منظور اخذ پایان طرح گواهی پایان کار، فرم تسویه حساب ، معرفی نامه شروع طرح در سامانه <http://tarhreg.behdasht.gov.ir> قسمت ثبت نام گواهی نامه پایان خدمات یا معافیت از قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان (طرح) بارگذاری نمایید .