

بسمه تعالی

فرم شماره (1) اعلام جابجایی

## ریاست محترم دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تامین اجتماعی اصفهان

باسلام و احترام

باتوجه به اینکه مطب اینجانب دکتر ..... پزشک عمومی  پزشک

متخصص  رشته : ..... به شماره نظام .....

از تاریخ ..... از شهر ..... به شهر ..... انتقال یافته است .

خواهشمندم جهت ادامه قرارداد همکاری اینجانب دستورات لازم را صادر فرمایید .

نشانی جدید: .....

.....

ساعت فعالیت : .....

شماره تلفن ثابت : ..... شماره تلفن همراه : .....

.....:Email

تاریخ :

مهر و امضاء: