



سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

فرم تایید محل اقامت همسر جهت بانوان پزشک و دندانپزشک عمومی

مشخصات همسر متقاضی:

اینجانب: فرزند: به شماره شناسنامه:

صادره: متولد: کد ملی: ساکن شهر:

همسر خانم دکتر: فرزند: به شماره شناسنامه:

صادره: متولد: کد ملی: به شماره نظام پزشکی:

نشانی اقامت همسر

شهر: آدرس:

گواهی و تایید می نمایم در نشانی ذکر شده اقامت داشته و در صورت اثبات خلاف ادعای فوق پروانه صادر شده ابطال و برابر مقررات اقدام گردد.

نام و نام خانوادگی همسر متقاضی تاریخ امضاء اثر انگشت

محل تایید دفترخانه اسناد رسمی

بدینوسیله صحت امضا و محل سکونت آقای دارای سند مالکیت / اجاره نامه/مبایعه نامه

در شهر تایید می گردد.