



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی البرز  
معاونت درمان

بسمه تعالی

ورودیہ دفتر نظام پزشکی کرج  
شماره: ۱۴۰۰/۵۷۶  
تاریخ: ۱۴۰۰/۲/۲۷

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷

شماره: ۱۴۰۰/ص/۵۰/۲۷۱

پیوست: دارد

تولید، پشتیبانی ها، مانع زدایی ها (مقام معظم رهبری)

جناب آقای دکتر حقیقی

رئیس محترم سازمان نظام پزشکی شهرستان کرج

با سلام و احترام

با عنایت به آغاز فرآیند هشتمین دوره انتخابات نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران و بازه زمانی ثبت نام داوطلبین عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی از تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۳۰ لغایت ۱۴۰۰/۰۲/۰۵ و لزوم اطلاع رسانی مناسب و شایسته به کلیه اعضای محترم سازمان نظام پزشکی، بیوست آگهی ثبت نام داوطلبین عضویت در هیئت مدیره سازمان و شرایط و مدارک لازم جهت ثبت نام، جهت اطلاع رسانی به حضور ارسال می گردد. خواهشمند است با توجه به اهمیت موضوع و در اختیار داشتن کلیه اطلاعات اعضای محترم سازمان و شماره تماس ایشان، نسبت به اطلاع رسانی حداکثری و ارسال پیامک با متنهای پیشنهادی پیوستی، به کلیه همکاران عضو نظام پزشکی کرج، اقدام مقتضی را مبذول فرمایید.

شایان ذکر است با استناد به ماده ۶ آیین نامه اجرایی انتخابات نظام پزشکی: "شرکت کنندگان باید واجد کارت نظام پزشکی بوده و هیئت اجرایی شهرستان مکلف است لیستی از مرکز نظام پزشکی و مرکز بهداشت شهرستان اخذ و اقدام به تطبیق اشتغال آنها در آن حوزه نماید" خواهشمند است دستور فرمایید فایل کامل اطلاعات کلیه اعضا سازمان نظام پزشکی کرج (نام و نام خانوادگی، تخصص، شماره نظام پزشکی، شماره تلفن همراه و ...)، قبل از روز شروع روز ثبت نام و حداکثر تا پایان وقت اداری ۱۴۰۰/۰۲/۲۸ به این معاونت ارسال گردد.



رئیس محترم سازمان نظام پزشکی کرج  
دکتر محمدعلی...  
معاونت درمان

نامه فوق بدون مهر دبیرخانه فاقد اعتبار می باشد.

آدرس: بلوار طالقانی شمالی، روبروی دادگستری، خیابان دیوسالار، بوستان پنجم، پلاک ۲۰

تلفن: ۳۲۵۴۷۰۷۴-۵      نمابر: ۳۲۵۵۶۶۵۵

info@shkzums.ac.ir

۱) اعضای محترم سازمان نظام پزشکی کرج

جهت اطلاع از اخبار هشتمین دوره انتخابات نظام پزشکی، اطلاع از شرایط و مدارک مورد نیاز ثبت نام داوطلبین عضویت در هیئت مدیره نظام پزشکی شهرستان کرج، به آدرس اینترنتی

[انتخابات-نظام-پزشکی/https://darman.abzums.ac.ir/fa-IR/darman.abzums.ac/19724/page/](https://darman.abzums.ac.ir/fa-IR/darman.abzums.ac/19724/page/انتخابات-نظام-پزشکی)

مراجعه فرمایید.

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز

۲) به اطلاع کلیه اعضای محترم می رساند:

متقاضیان واجد شرایط ثبت نام در هیئت مدیره نظام پزشکی کرج، می توانند از تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۳۰ لغایت ۱۴۰۰/۰۳/۰۵ (در روزای تعطیل و غیر تعطیل از ساعت ۸:۰۰ لغایت ۱۴:۰۰) با دست داشتن مدارک لازم به آدرس عظیمیه-خیابان دیوسالار-بوستان پنجم- پلاک ۲۰- طبقه همکف-دبیرخانه هیئت اجرایی انتخابات نظام پزشکی کرج مراجعه نمایند.  
معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی البرز

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷  
شماره: ۱۴۰۰/۵۰/۲۷۳  
پیوست: دارد

بسمه تعالی

ورودی دفتر نظام پزشکی کرج  
شماره: ۱۴۰۰/۵۰/۲۷۳  
تاریخ: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی البرز  
معاونت درمان

تولید، پشتیبانی ها، مانع زدایی ها (مقام معظم رهبری)

ریاست محترم مرکز/مجمع آموزشی درمانی ....

ریاست محترم بیمارستان ....

مسئول فنی محترم درمانگاه ....

مسئول فنی محترم مرکز جراحی محدود .....

با سلام و احترام

با عنایت به اعلام رسمی تاریخ برگزاری هشتمین دوره انتخابات نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مورخ ۱۴۰۰/۰۴/۲۵ و عطف به نامه شماره ۴۰۰/۲۹۸۱ مورخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۰ معاون محترم درمان وزارت متبوع و رئیس محترم ستاد مرکزی اجرایی انتخابات نظام پزشکی با موضوع "انتشار آگهی ثبت نام از داوطلبان" و در راستای اجرایی نمودن ماده ۸ آیین نامه اجرایی انتخابات نظام پزشکی، مقتضی است ترتیبی اتخاذ فرمایید آگهی ثبت نام کاندیداهای هیئت مدیره هشتمین دوره انتخابات سازمان نظام پزشکی، شرایط و مدارک لازم جهت ثبت نام از تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۲۳ لغایت ۱۴۰۰/۰۲/۲۹ (۷ روز) به نحو شایسته به کلیه همکاران محترم اطلاع رسانی گردد. خاطر نشان می گردد ثبت نام داوطلبین واجد شرایط عضویت در هیئت مدیره انتخابات نظام پزشکی شهرستانها از تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۳۰ لغایت ۱۴۰۰/۰۳/۰۵ (در کلیه ایام تعطیل و غیر تعطیل از ساعت ۸:۰۰ لغایت ۱۴:۰۰) در هیئت های اجرایی انتخابات شهرستانها صورت می پذیرد. داوطلبین و همکاران محترم جهت کسب اطلاعات بیشتر می توانند به آدرس اینترنتی <https://darman.abzums.ac.ir> (بخش هشتمین دوره انتخابات نظام پزشکی) مراجعه نمایند.

#### شرایط انتخاب شوندگان هیئت مدیره نظام پزشکی به استناد ماده ۲۳ قانون سازمان نظام پزشکی:

- ✓ تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران
- ✓ نداشتن فساد اخلاقی و مالی
- ✓ داشتن حسن شهرت اجتماعی و شغلی در عمل به اجرای اصول پزشکی و رعایت اخلاق و شئون پزشکی
- ✓ داشتن حسن شهرت در تعهد عملی به احکام دین مبین اسلام و وفاداری به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران
- ✓ تبصره: اقلیت های دینی مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تابع احکام دین اعتقادی خود میباشند.
- ✓ دارا بودن حداقل سه سال سابقه عضویت در سازمان نظام پزشکی
- ✓ عدم عضویت در هیئت های نظارت و اجرائی

#### مدارک لازم جهت ثبت نام داوطلبین:

- ✓ فتوکپی شناسنامه (تمام صفحات دو نسخه)
- ✓ تصویر کارت ملی
- ✓ ۶ قطعه عکس ۳×۴
- ✓ تصویر کارت عضویت معتبر در سازمان نظام پزشکی که برابر اصل شده باشد.
- ✓ تکمیل پرسشنامه داوطلبی عضویت هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی (موجود در سایت معاونت درمان)
- ✓ تاییدیه ۳ سال سابقه عضویت در سازمان نظام پزشکی

برای ثبت نام در انتخابات هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی شهرستان البرز  
شماره تماس: ۳۲۵۵۶۶۵۵  
۱۴۰۰/۰۲/۲۷

نامه فوق بدون مهر دبیرخانه فاقد اعتبار می باشد.

آدرس: بلوار طالقانی شمالی، روبروی دادگستری، خیابان دیوسالار، بوستان پنجم، پلاک ۲۰

تلفن: ۳۲۵۴۷۰۷۴-۵      نامبر: ۳۲۵۵۶۶۵۵

[www.abzums.ac.ir](http://www.abzums.ac.ir) - [info@abzums.ac.ir](mailto:info@abzums.ac.ir)



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات  
بهداشتی درمانی البرز  
معاونت درمان

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷  
شماره: ۱۴۰۰/۵۰/۲۷۳  
پیوست: دارد

محل ثبت نام داوطلبین عضویت در هیئت مدیره شهرستان کرج:

✓ عظیمیه-خیابان دیو سالار- بوستان ۵- پلاک ۲۰- معاونت درمان- طبقه همکف- دبیرخانه هیئت اجرایی هشتمین دوره انتخابات نظام پزشکی شهر کرج



رونوشت:

جناب آقای دکتر فتحی رئیس محترم دانشگاه: جهت استحضار  
جناب آقای دکتر محمد عاشوری مدیر محترم حراست دانشگاه: جهت استحضار  
جناب آقای وحید پولادچنگ سرپرست محترم اداره بازرسی، ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات دانشگاه: جهت استحضار  
ریاست محترم سازمان نظام پزشکی کرج: جهت استحضار و اطلاع رسانی به اعضای سازمان

نامه فوق بدون مهر دبیرخانه فاقد اعتبار می باشد.

آدرس: بلوار طالقانی شمالی، روبروی دادگستری، خیابان دیوسالار، بوستان پنجم، پلاک ۲۰

تلفن: ۲۲۵۴۷۰۷۴-۵      شماره: ۲۲۵۵۶۶۵۵

www.abzums.ac.ir - info@abzums.ac.ir



فرم شماره (۱)

**آگهی ثبت نام کاندیداهای هیئت مدیره هشتمین دوره انتخابات سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران**

بدینوسیله به اطلاع کلیه کادر پزشکی مشمول ماده ۴ قانون سازمان نظام پزشکی میرساند هشتمین دوره انتخابات سازمان نظام پزشکی در روز جمعه مورخه ۱۴۰۰/۰۴/۲۵ به طور همزمان در سراسر کشور برگزار خواهد شد، لذا متقاضیان ثبت نام در هیات مدیره شهرستانهای واجد شرایط میتوانند از تاریخ ۱۴۰۰/۰۲/۳۰ لغایت ۱۴۰۰/۰۳/۰۵ با توجه به شرایط ذیل و در دست داشتن مدارک لازم به هیات های اجرایی انتخابات شهرستانهای خود مراجعه و ثبت نام نمایند.

**شرایط انتخاب شوندگان هیئت مدیره نظام پزشکی به استناد ماده ۲۳ قانون سازمان نظام پزشکی به شرح ذیل :**

- ۱- تابعیت دولت جمهوری اسلامی ایران
- ۲- نداشتن فساد اخلاقی و مالی
- ۳- داشتن حسن شهرت اجتماعی و شغلی در عمل به اجرای اصول پزشکی و رعایت اخلاق و شئون پزشکی
- ۴- داشتن حسن شهرت در تعهد عملی به احکام دین مبین اسلام و وفاداری به قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران  
تبصره : اقلیت های دینی مصرح در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تابع احکام دین اعتقادی خود میباشند.
- ۵- دارا بودن حداقل سه سال سابقه عضویت در سازمان نظام پزشکی
- ۶- عدم عضویت در هیئت های نظارت و اجرایی

**مدارک لازم جهت ثبت نام داوطلبین در هیئت مدیره ها :**

- ۱- فتوکپی شناسنامه (تمام صفحات دو نسخه)
- ۲- تصویر کارت ملی
- ۳- ۶ قطعه عکس ۳\*۴
- ۴- تصویر کارت عضویت معتبر در سازمان نظام پزشکی که برابر اصل شده باشد.
- ۵- تکمیل پرسشنامه داوطلبی عضویت هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی
- ۶- تأییدیه ۳ سال سابقه عضویت در سازمان نظام پزشکی

ستاد مرکزی اجرایی  
هشتمین دوره انتخابات سازمان نظام پزشکی  
جمهوری اسلامی ایران

دفترخانه : شهرک قدس بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه ۹

تلفن: ۸۱۴۵۴۸۹۹- ۸۱۴۵۵۴۱۲- ۴۸۹۶-۴۸۹۴-۴۹۶۰-۴۹۶۰  
نمابر : ۸۱۴۵۴۷۰۸



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان

ستاد هماهنگی هشتمین دوره انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

هیئت مرکزی نظارت بر هشتمین دوره  
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

محل الصاق عکس

برسشنامه داوطلبی عضویت در هیئت مدیره سازمان نظام پزشکی

استان: شهرستان: سراسری:  دوره ای

۱- مشخصات فردی:

نام:

\_\_\_\_\_

نام خانوادگی:

\_\_\_\_\_

نام خانوادگی قبلی: فرزند: شماره شناسنامه: محل صدور:

تاریخ تولد: / / محل تولد: کد ملی:

\_\_\_\_\_

وضعیت تاهل: متاهل  مجرد  تعداد فرزندان: تابعیت فعلی: قبلی:

شغل: شماره نظام پزشکی: شماره تلفن همراه:

آدرس محل سکونت فعلی: شماره تلفن:

آدرس محل سکونت قبلی: شماره تلفن:

آدرس محل کار: شماره تلفن:

آدرس ایمیل:

۲- وضعیت تحصیلی:

مدارج تحصیلی بترتیب «دیپلم، فوق دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری یا تخصص، فوق تخصص، فلوشیپ» ذکر شود:

نوع مدرک	رشته تحصیلی	نام موسسه آموزشی	کشور	شهر	توضیحات

دفترخانه: شهرک قفس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک ۸، ضلع شمالی طبقه ۹

تلفن: ۴۸۹۹۰۴۸۹۹، ۴۸۹۶۴۹۹۶، ۵۴۱۲-۸۱۴۵ دورنگار: ۸۱۴۵۴۷۰۸

هیئت مرکزی نظارت بر هشتمین دوره  
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
ستاد هماهنگی هشتمین دوره انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

۳- مهمترین مشاغل، مسئولیت و سوابق آموزشی و پژوهشی به ترتیب از آخرین شغل:

ردیف	نام موسسه یا سازمان	سمت	از سال	تا سال	آدرس موسسه یا سازمان
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					

۴- هرگونه سابقه بازداشت یا محکومیت پزشکی و کیفری:

ردیف	مورد اتهام	تاریخ	مرجع رسیدگی کننده	نتیجه رسیدگی
۱				
۲				
۳				
۴				

دفترخانه: شهرک قدس، بلوار فرخزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه ۹  
تلفن: ۸۱۴۵۴۷۰۸، ۸۱۴۵۴۱۲، ۸۱۴۵۴۸۹۶، ۸۱۴۵۴۸۹۴، ۸۱۴۵۴۹۶۰، ۸۱۴۵۴۸۹۹  
دور نگار: ۸۱۴۵۴۷۰۸



هیئت مرکزی نظارت بر هشتمین دوره  
انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی  
معاونت درمان  
ستاد هماهنگی هشتمین دوره انتخابات هیئت مدیره نظام پزشکی

۵- آیا تابعیت غیر از ایران دارید؟  آری  خیر کدام کشور:

۶- سوابق حضور در جبهه های حق علیه باطل: داوطلبانه  تیم اضطراری  طرح یک ماهه  مدت حضور:

۷- سابقه همکاری با موسسات پزشکی وابسته به نهادها و امور خیریه:  آری  خیر کدام موسسه:

۸- سه نفر از افراد مشهور و متعهد که از سوابق شما اطلاعات کامل داشته باشند را با ذکر محل و تلفن تماس معرفی نمایید:

۱- نام و نام خانوادگی: آدرس و محل کار:

۲- نام و نام خانوادگی: آدرس و محل کار:

۳- نام و نام خانوادگی: آدرس و محل کار:

اینجانب با اعتماد به نظام جمهوری اسلامی ایران، داوطلبی خود را جهت عضویت در هیات مدیره سازمان نظام پزشکی شهرستان  
اعلام و تعدد نمی نمایم که اظهارات فوق کاملا صحیح و مطابق با واقعیت می باشد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ:

امضاء و مهر نظام پزشکی:

دفترخانه: شهرک قدس، بلوار فرحزادی، بلوار ایوانک، ساختمان مرکزی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، بلوک A، ضلع شمالی طبقه ۹  
تلفن: ۴۸۹۹۰۰۰، ۴۸۹۶۰۰۰، ۴۸۹۶۰۰۰، ۵۴۱۲-۸۱۴۵ دورنگار: ۸۱۴۵۴۷۰۸