

|  |
| --- |
| **فرم درخواست حمایت از تاسیس/ توسعه کلینیک­های رشد و تکامل** |

بسمه تعالی

* **مشخصات کلینیک:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **تاریخ درخواست** |  | **نام کلینیک** |
|  | **تاریخ دریافت موافقت اصولی** |  | **نام موسس حقیقی/حقوقی** |
|  | **تاریخ (احتمالی) دریافت پروانه** |  | **نام مسئول فنی** |
|  | **نوع تسهیلات درخواستی** |  | **شهر محل استقرار** |
|  | **مبلغ درخواستی (ریال)** |  | **تاسیس/ توسعه** |
|  | **آدرس کلینیک** |

* **مشخصات موسس :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات موسس حقیقی(در صورتی که موسس شخص حقوقی است این قسمت پر نشود):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** |  | **مرتبه دانشگاهی** |  |
| **آخرین مدرک تحصیلی** |  | **دانشگاه محل خدمت** |  |
| **سال و محل خذ آخرین مدرک تحصیلی** |  | **تلفن همراه** |  |
| **زمینه تخصصی** |  | **ایمیل** |  |

نام و نام خانوادگی و امضا |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مشخصات موسس حقوقی (در صورتی که موسس شخص حقیقی است این قسمت پر نشود):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام شرکت** |  | **مدیرعامل/رییس هیئت مدیره** |  |
| **شناسه ملی** |  | **مدرک تحصیلی مدیرعامل/رییس هیئت مدیره** |  |
| **تاریخ ثبت** |  | **تخصص مدیرعامل/رییس هیئت مدیره** |  |
| **نوع شرکت** |  | **مرتبه علمی و دانشگاه مدیرعامل/رییس هیئت مدیره** |  |
| **محل ثبت** |  | **تلفن همراه مدیرعامل/رییس هیئت مدیره** |  |
| **نشانی دفتر مرکزی** |  | **ایمیل مدیرعامل/رییس هیئت مدیره** |  |

نام و نام خانوادگی و امضاروزنامه رسمی ثبت و تغییرات شرکت همراه با مدارک ارسال گردد. |

* **مشخصات مسئول فنی**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگی** |  | **مرتبه دانشگاهی** |  |
| **آخرین مدرک تحصیلی** |  | **دانشگاه محل خدمت** |  |
| **سال و محل اخذ آخرین مدرک تحصیلی** |  | **تلفن همراه** |  |
| **زمینه تخصصی** |  | **ایمیل** |  |

نام و نام خانوادگی و امضا |

* **خدمات کلینیک**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان** | **خدمات** | **مخاطبان** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |

* **تسهیلات درخواستی**

**لیزینگ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **مجموع کل (ریال)** | **تعداد** | **قیمت واحد (ریال)** | **سازنده** | **عنوان** | **ردیف** |
|  |  |  |  |  | **1** |
|  |  |  |  |  | **2** |
|  |  |  |  |  | **3** |
|  |  |  |  |  | **4** |
|  | **مجموع (ریال)** |

**استقرار**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **مجموع کل (ریال)** | **مساحت** | **عنوان** | **ردیف** |
|  |  |  | **1** |