

باسمه تعالی



سازت دندان

فرم تعهد نامه

اینجانب آقا/خانم دکتر دندان پزشک عمومی /متخصص.
به شماره نظام و شماره پروانه نظام پزشکی
اعلام می دارم که دستورالعمل ارائه خدمات دندان پزشکی و حرفه وابسته
در شرایط اپیدمی کووید 19 را مطالعه نموده ام و تعهد به التزام عملی به
کلیه شرایط مندرج در دستورالعمل ارسالی وزارت را اعلام می دارم.

44011028



خیابان اسدآبادی_ ستاد مرکزی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

44011066

اداره دندانپزشکی