

فرم ثبت نام و مشخصات اعضاء انجمن

انجمن صنفی مراکز درمان اعتیاد

خراسان رضوی



شماره ثبت: ۳۶۲-۲/۳-۱۰

نام مرکز:	
شماره و تاریخ پروانه فعالیت:	
تلفن های مرکز:	
ارگان صادر کننده:	تاریخ تاسیس:
آدرس مرکز:	
Email:	

نوع عملکرد مرکز: سرپایی ☐ بستری ☐ اقامتی میان مدت ☐ DIC ☐ TC ☐ اجباری ☐ و غیره ☐ (توضیحات)

مؤسس شخص حقیقی	نام و نام خانوادگی:	تاریخ و محل تولد:
	کد ملی:	تلفن همراه:
	Email:	
مؤسس شخص حقوقی	نام مؤسسه یا شرکت:	شماره و تاریخ ثبت:
	نام و نام خانوادگی مدیرعامل:	کد ملی مدیرعامل:
	شناسه ملی:	تلفن همراه مدیرعامل:
	Email:	
مسئول فنی	نام و نام خانوادگی:	تاریخ و محل تولد:
	کد ملی:	تلفن همراه:
	Email:	
نماینده مرکز در ارتباط با انجمن:		مؤسس ☐ مدیرعامل ☐ مسئول فنی ☐

اینجانب صحت موارد فوق را تایید نموده و هرگونه تغییر و اصلاحات مرکز را به دفتر انجمن اعلام خواهم نمود.

امضاء و تاریخ: