

ردیف	نام و نام خانوادگی (شاغل/سرپرست)	نام پدر	شماره شناسایی	نسبت	نوع دفترچه مفقود شده	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل تولد	توضیحات
ردیف	نام و نام خانوادگی صاحب دفترچه مفقودی	نام پدر	شماره شناسایی	نسبت	نوع دفترچه مفقود شده	شماره شناسنامه	تاریخ تولد	محل تولد	توضیحات

تبصره ۱: در خصوص دفترچه های درمانی مفقودی پس از تایید امور اداری مربوطه و همچنین تکمیل تعهد نامه ضمیمه در دفاتر اسناد پزشکی مناطق بیست گانه با در نظر گرفتن ضوابط و مقررات نسبت به صدور المثنی اقدام لازم مبذول می گردد.

تبصره ۲: در صورتیکه دفترچه درمانی به هر علتی (آتش سوزی، خیس شدن و....) مخدوش گردد از موارد مفقودی محسوب می گردد.

تبصره ۳: چنانچه هر گونه سوءاستفاده از دفترچه مفقودی به عمل آید شخص موظف است بدون هیچ اعتراضی نسبت به جبران خسارات وارده به سازمان بهداشت و درمان نفت اقدام نماید.

تبصره ۴ - هزینه صدور چاپ مجدد دفترچه درمانی (۳۰۰۰ ریال) از طریق سیستم جامع نیروی انسانی از کارمند/کارگر شرکتی کسر و از طریق سیستم مکانیزه و رمزهای مالی تعریف شده از سوی تدوین روشها و مقررات مالی به حساب فی مابین سازمان بهداشت و درمان واریز می گردد.

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:..... تاریخ تکمیل فرم:..... مهر و امضاء مسئول امور اداری

(تعهد نامه)

احتراماً نظر به اینکه دفترچه درمانی به نام مربوط به (شاغل □، همسر □، فرزند □، پدر □، مادر □ سایر □) اینجانب..... از کارکنان سازمان /اداره/..... به شماره پرسنلی..... به علت..... مفقود گردیده است. خواهشمند است مقرر فرمایید با در نظر گرفتن ضوابط و مقررات نسبت به صدور یک جلد دفترچه المثنی جهت مشاالیه - مشارالیهها اقدام لازم مبذول گردد. ضمناً بدینوسیله متعهد می گردم در صورت هر گونه سوءاستفاده احتمالی از دفترچه مفقودی بدون هیچگونه اعتراضی نسبت به جبران خسارت وارده به سازمان اقدام نموده و در صورت لزوم سازمان می تواند نسبت به پیگیری حقوقی موضوع نیز اقدام نماید و همچنین در حفظ و نگهداری دفترچه المثنی دقت کافی را به عمل می آورم.

امضاء متقاضی

- ۱- دریافت هزینه صدور دفترچه مجدد به مبلغ..... ریال از طریق سیستم جامع نیروی انسانی مورد تایید است.
 - ۲- تاریخ اقدام و دریافت مدارک...../.....
 - ۳- اینجانب..... مسؤل دفتر اسناد پزشکی بهداشت و درمان صنعت نفت قم صحت مندرجات فوق را تایید می نمایم.
- مهر و امضاء