



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان.....
معاونت امور بهداشتی

فرم بررسی درخواست صدور و یا تمدید پروانه شرکت ها و موسسات خدماتی مبارزه با حشرات و جانوران موذی

در اماکن عمومی و خانگی

۱- نام موسسه/شرکت

نشانی موسسه/شرکت

۲- مشخصات درخواست کننده: مدیر عامل یا صاحب موسسه/شرکت

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه: محل صدور: نام پدر:

مدرک تحصیلی:

نشانی کامل محل اقامت و تلفن:

۳- مشخصات مسئول فنی:

نام و نام خانوادگی: شماره شناسنامه:

محل صدور: نام پدر:

نشانی کامل محل اقامت و تلفن:

آخرین مدرک تحصیلی: