

فرم تعهد نامه گذراندن دوره سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه تشخیص پزشکی

اینجانب با کدملی _____ مسئول فنی آزمایشگاه _____ تعهد می نمایم ، تا شش ماه گواهی شرکت در دوره آموزشی جامع آشنایی با سیستم مدیریت کیفیت در آزمایشگاه تشخیص پزشکی را به مدیریت آزمایشگاه مرجع سلامت و امور آزمایشگاههای استان ارائه نمایم.

نام و نام خانوادگی و امضا مسئول فنی
تاریخ _____