

"مدارک لازم جهت صدور مجوز شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای"

- ۱- تصویر برابر اصل مستندات مرتبط با سازمان ثبت شرکت‌ها
- ۲- اساس نامه شرکت
- ۳- تصویر کارت ملی و شناسنامه کلیه اعضاء شرکت
- ۴- گواهی پایان طرح و یا معافیت از طرح کلیه پرسنل تخصصی بهداشت حرفه‌ای
- ۵- تصویر برابر اصل مدارک تحصیلی کلیه اعضاء شرکت
- ۶- مدارک مرتبط با سوابق کاری کلیه پرسنل تخصصی بهداشت حرفه‌ای در زمینه بهداشت حرفه‌ای
- ۷- معرفی کتبی مسئول فنی شرکت/ در صورت وجود گواهی صلاحیت مسئول فنی
- ۸- گواهینامه تأیید موفقیت شرکت در دوره‌های آموزشی تخصصی مسئول فنی که توسط معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ذی‌ربط صادر می‌شود
- ۹- گواهی عدم سوء پیشینه کلیه اعضاء شرکت
- ۱۰- گواهی پایان خدمت سربازی یا معافیت جهت کلیه آقایان عضو شرکت
- ۱۱- فرم تکمیل شده درخواست صدور مجوز فعالیت شرکت به تأیید و امضاء مدیر عامل شرکت
- ۱۲- اسناد مرتبط با محل و فضای فیزیکی شرکت
- ۱۳- فهرست مشخصات فنی دستگاه‌ها و تجهیزات شرکت
- ۱۴- فرمت قرار داد که قرار دادهای شرکت بر اساس آن تنظیم خواهد شد و بایستی حاوی موضوع قرار داد (باید به صورت واضح و دقیق نوع خدمات و حجم کار مشخص شود)، وظایف و تعهدات شرکت، وظایف و تعهدات کارفرما، مدت اجرای قرار داد و محل انجام فعالیت‌ها روند اجرای کار، مبلغ قرار داد و مرجع حل اختلاف.

متقاضیان کسب مجوز شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده بهداشت حرفه‌ای بایستی مدارک فوق‌الذکر را به دبیرخانه کمیته شرکت‌های بهداشت حرفه ای در واحد بهداشت حرفه‌ای معاونت بهداشتی دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ذی‌ربط تحویل و مستندات مرتبط با شرکت‌های سطح ۱۳ از طریق معاونت بهداشتی دانشگاه ذی‌ربط به دبیرخانه کمیته سطح بندی شرکت‌های خصوصی بهداشت حرفه ای در مرکز سلامت محیط و کار جهت بررسی و اعلام نظر ارسال نمایند .



فرم مشخصات موسسین / موسسین / مدیر عامل و هیئت مدیره شرکت.....

نام فعلی شرکت: در صورت تغییر نام ، نام قبلی و تاریخ تغییر ذکر شود شماره ثبت شرکت.....
 تاریخ ثبت نشانی شرکت:
 تلفن: نامبر:..... کد پستی:..... نوع خدمات که شرکت ارائه خواهد نمود: الف) صرفاً بهداشت حرفه‌ای
 (ب) سایر خدمات ذکر نوع خدمات

ردیف	سمت	نام و نام خانوادگی	درصد سهام	تحصیلات		سابقه کار (سال)	شغل / مشاغل فعلی	کد ملی	شماره موبایل	ایمیل
				مقطع	رشته					

نام و نام خانوادگی مدیر عامل:..... تاریخ تکمیل فرم:..... امضاء:..... مهر شرکت

نظریه نهایی کمیته:

مطابق ماده ۲ و ۱۲ آیین نامه شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای که می‌بایست حداقل یکی از موسسین شرکت‌های سطح ۱ و ۲ دارای مدرک دانشگاهی در یکی از مقاطع دکتری یا فوق لیسانس یا لیسانس در رشته بهداشت حرفه‌ای و برای شرکت سطح ۳ مطابق ماده ۲۷ بایستی دکتری یا فوق لیسانس باشد، موسس / هیات موسسین شرکت..... از اعتبار قانونی برخوردار است: بلی خیر ذکر اقدامات اصلاحی مورد نیاز:

تاریخ صدور نظریه نهایی..... امضاء رئیس / دبیر کمیته



فرم "درخواست صدور مجوز برای شرکت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای"

معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و رئیس کمیته صدور مجوز شرکت های خصوصی بهداشت حرفه ای قزوین

با سلام و احترام

اینجانب..... مدیر عامل شرکت به شماره ثبت مورخ متقاضی

دریافت مجوز جدید ، تمدید مجوز ارائه خدمات بهداشت حرفه ای برای شرکت مذکور با

مشخصات ذیل می باشم: ضمناً کلیه مستندات به تعداد..... برگ به انضمام درخواست می باشد.

نام / عنوان شرکت: وضعیت کاربری: تجاری ، دولتی یا وابسته به دولت ، سایر با ذکر نوع

کاربری

نوع خدمات شرکت: بهداشت حرفه ای ، ب) سایر ذکر نوع خدمات

سطح ارائه خدمات بهداشت حرفه ای مورد تقاضا: سطح ۱ سطح ۲ سطح ۳

آدرس شرکت:

شماره تلفن شرکت:

نمابر:

ایمیل مدیر عامل:

شماره تماس مدیر عامل:

خواهشمند است نسبت به بررسی تقاضا و اعلام نتیجه دستور اقدام صادر فرمایید.

تاریخ، مهر و امضاء مدیر عامل شرکت



معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

مدارک لازم جهت مسئول فنی شرکت ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای

- (۱) تصویر کارت ملی و شناسنامه و مدرک تحصیلی
- (۲) گواهی پایان طرح یا معافیت از طرح
- (۳) تصویر مدرک تحصیلی یا گواهی تحصیلی معتبر
- (۴) مدرک مرتبط با سوابق کاری در زمینه بهداشت حرفه‌ای
- (۵) دو قطعه عکس ۳×۴ "پشت نویسی شده"
- (۶) گواهینامه تأیید موفقیت شرکت در دوره‌های آموزش تخصصی که توسط معاونت بهداشتی / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی برگزار شده است.
- (۷) گواهی عدم سوء پیشینه
- (۸) گواهی پایان خدمت سربازی یا معافیت از سربازی (ویژه آقایان)
- (۹) فرم تکمیل شده تعهد نامه مسئول فنی بهداشت حرفه‌ای شرکت



فرم "تعهد نامه مسئول فنی شرکت های خصوصی بهداشت حرفه ای"

محل
الصاق عکس

اینجانب فرزند..... به شماره شناسنامه..... و کد ملی..... صادره از.....

ساکن: استان..... شهر..... خیابان..... کوچه..... پلاک..... و کد پستی..... تلفن..... متولد سال..... فارغ التحصیل رشته..... در مقطع..... دارای..... سال سابقه کار مفید^۱ با ارائه سوابق کاری به شرح پیوست متقاضی پذیرش مسئولیت فنی شرکت به شماره ثبت در تاریخ.....، با اطلاع کامل از شرح وظایف تعیین شده جهت مسئولین فنی شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای تعهد می نمایم که:

- ۱- عضو هیات مدیره یا سهامدار یا مسئول فنی شرکت بهداشت حرفه ای دیگری نباشم.
 - ۲- مقیم شهرستان هستم .
 - ۳- به صورت تمام وقت در شرکت حضور داشته باشم .
 - ۴- قوانین و ضوابط و مقررات جاری و اصلاحات بعمل آمده را به طور کامل رعایت می نمایم.
 - ۵- برنامه ریزی و نظارت بر کلیه امور تخصصی شرکت و تنظیم کلیه مستندات مربوطه انجام خواهم داد .
 - ۶- بررسی و تجزیه و تحلیل، کنترل، تایید و امضاء کلیه مستندات و گزارشات تخصصی شرکت را انجام خواهم داد .
 - ۷- در صورت طراحی و اجرای طرح های کنترلی / حذف عوامل زیان آور محیط کار توسط شرکت، بررسی و تجزیه و تحلیل نهایی، تایید و امضاء آنها توسط اینجانب انجام خواهم شد .
 - ۸- تنظیم، تایید و امضاء کلیه آمار، اطلاعات، گزارشات، فرم های گزارش دهی و به معاونت بهداشتی دانشگاه ارسال به موقع انجام دهم .
 - ۹- آموزش پرسنل تخصصی شرکت انجام دهم و در دوره های آموزشی و بازآموزی که از طرف معاونت بهداشتی دانشگاه اعلام می گردد شرکت نمایم .
 - ۱۰- کلیه الزامات، مقررات قانونی، ضوابط کمی و کیفی برنامه و طرح های جاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را استقرار داده و برقرار نگه دارم .
 - ۱۱- موضوع، محل و تاریخ اجرای قراردادها قبل از انجام به مرکز بهداشت ذی ربط اعلام نمایم .
 - ۱۲- پروانه صلاحیت اینجانب به عنوان مسئول فنی شرکت را به موقع تمدید و کتباً به دبیرخانه کمیته صدور مجوز اعلام نمایم.
 - ۱۳- در صورت انصراف، استعفا و مراتب را بلافاصله به دبیرخانه کمیته صدور مجوز اعلام نمایم.
 - ۱۴- در صورت انصراف از مسئولیت فنی تا تایید مسئول فنی واجد شرایط معرفی شده وظایف خود را در قبال تعهدات قبلی ادامه خواهم داد. و در صورت سلب صلاحیت مسئولیت فنی اینجانب در شرکت... کلیه مسئولیت ها به ضمه اینجانب خواهد بود .
- در صورتی که خلاف اظهارات فوق ثابت شود مسئولیت قانونی آن بعهده اینجانب بوده و کمیته صدور مجوز شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای حق سلب صلاحیت مسئولیت فنی اینجانب را خواهد داشت.

^۱ - سابقه کار مفید مرتبط با مقطع تحصیلی (کارشناسی، کارشناسی ارشد، دکتری) درج گردد.

فرم بررسی فضای فیزیکی شرکت ارائه خدمات بهداشت حرفه‌ای

نام / عنوان شرکت: سطح ارائه خدمات مورد تقاضا: تاریخ بازدید:

نوع کاربری: الف) تجاری ، ب) دولتی یا وابسته به دولت ، سایر با ذکر وضعیت:

نوع خدمات که شرکت ارائه خواهد نمود: الف) بهداشت حرفه‌ای ب) سایر خدمات ذکر نوع خدمات:

آدرس: کد پستی: تلفن: شماره:

جدول مشخصات شرایط فیزیکی شرکت

سطح ۳		سطح ۲		سطح ۱		
فضای موجود (طول × عرض)	دارد	فضای موجود (طول × عرض)	دارد	فضای موجود (طول × عرض)	دارد	
						بخش عوامل فیزیکی و ارگونومی
						قسمت اداری و مراجعین
						بخش عوامل شیمیایی
فاقد اتاقک آکوستیک						اتاق ادیومتری
مجهر به اتاقک آکوستیک						اتاق اسپرومتری
دارد مناسب	دارد نامناسب	دارد مناسب	دارد نامناسب	دارد نامناسب	دارد مناسب	تسهیلات بهداشتی

در سر درب شرکت تابلوی راهنما حاوی نام و آرم شرکت، مرجع صدور مجوز و شماره ثبت شرکت‌ها وجود دارد؟ بلی ، خیر

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: سمت در شرکت: تاریخ تکمیل فرم:

نتایج بازدید نماینده کمیته صدور مجوز: مراتب ثبت شده فوق تایید می‌گردد: بلی خیر ذکر موارد عدم انطباق:

نام و نام خانوادگی نماینده: تاریخ بازدید: امضاء:

نظریه نهایی کمیته:

مطابق با دستورالعمل شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای، شرکت کاملاً منطبق با سطح است: بلی خیر در صورت عدم انطباق کامل، شرایط فیزیکی مورد نیاز برای انطباق با سطح شامل:

تاریخ صدور نظریه: امضاء رئیس / دبیر کمیته:



فرم ثبت مشخصات دستگاهها و تجهیزات فنی موجود در شرکت های ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای

نام شرکت:..... شماره ثبت:.....								
نام و نام خانوادگی مدیر عامل شرکت :..... نام خانوادگی مسئول فنی بهداشت حرفه ای:								
ملاحظات	وضعیت دستگاه			تاریخ تعمیر سابق	شماره سریال	شرکت سازنده / مدل	نام دستگاه	توضیحات
	ذکر نوع عیب / نقص	تاریخ تعمیر	وضعیت					

نام و نام خانوادگی مسئول فنی (تکمیل کننده فرم) :..... تاریخ تکمیل فرم :.....

نتایج بازدید نماینده کمیته صدور مجوز : مراتب ثبت شده فوق تایید می گردد : بلی خیر ذکر موارد عدم انطباق.....

نام و نام خانوادگی نماینده :..... تاریخ بازدید :..... امضاء

نظریه نهایی کمیته :

مطابق با دستورالعمل شرکت های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه ای ، شرکت کاملاً منطبق با سطح
..... است : بلی خیر در صورت عدم انطباق کامل، تجهیزات و دستگاه های مورد نیاز برای انطباق با سطح شامل.....

تاریخ صدور نظریه..... امضاء رئیس / دبیر کمیته

۲- فاکتور خرید، شماره سریال دستگاهها و دستورالعمل کار با آنها بایستی در دسترس بوده و هر زمان که نماینده /بازرسین درخواست نمایند در اختیار آنها قرار گیرد.

فرم مشخصات نیروهای تخصصی شرکت‌های خصوصی ارائه دهنده خدمات بهداشت حرفه‌ای

نام/عنوان شرکت شماره ثبت:.....

آدرس شرکت تلفن نمابر کد پستی

تاریخ شروع به کار در شرکت	نحوه همکاری با شرکت			سمت /عنوان شغل در شرکت ^۲	سابقه کار در زمینه ب.ح ^۳ (سال)	آخرین مدرک تحصیلی			کد ملی	تاریخ تولد	درصد سهام	نام خانوادگی	نام	ردیف
	تمام وقت	پاره وقت	پروژه‌ای			سال اخذ	مقطع	رشته						

* کلیه مستندات ثبت شده در جدول ضمیمه گردد.

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم سمت در شرکت امضاء: تاریخ:

ماینده کمیته صدور مجوز: مراتب ثبت شده فوق تایید می‌گردد: بلی خیر ذکر موارد عدم انطباق:.....
 تاریخ بازدید امضاء

نظریه نهایی کمیته:

با توجه به فعالیت شرکت نیروهای متخصص موجود در شرکت از نظر کمی و کیفی مورد تایید است: بلی خیر ذکر اقدامات اصلاحی مورد نیاز
 تاریخ صدور نظریه امضاء رئیس / دبیر کمیته

^۳ منظور از ب-ح بهداشت حرفه‌ای می باشد

^۲ منظور وظیفه ایست که فرد در شرکت برعهده دارد مانند: نمونه برداری / آنالیز نمونه‌ها/ مسئول آزمایشگاه/ مسئول دوره‌های آموزشی