فرم درخواست عدم محاسبه ضریب منطقه خدمتی

**اینجانب ..................... فرزند........................ با کدملی..........................فارغ التحصیل رشته .................................. مقطع..................................... شاغل به صورت مشمول قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان در شبکه/مرکز/بیمارستان................................. با ضریب منطقه خدمتی.................. ، در اجرای بند 2 بخشنامه شماره 1899/207/د مورخ 06/12/98 معاونت توسعه مدیریت منابع و برنامه ریزی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با اطلاع کامل از امکانات، شرایط و خصوصیات شبکه /مرکز /بیمارستان ............................ تمایل خود را نسبت به عدم محاسبه ضریب منطقه خدمتی اعلام می نمایم و خواهشمند است دستور فرمائید، در این خصوص اقدامات لازم صورت پذیرد.**

نام و نام خانوادگی

تاریخ:

امضاء: