

فرم درخواست بازیابی نام کاربری و کلمه عبور مجدد سامانه های تجهیزات پزشکی

جناب آقای دکتر سعید رضا شاهرادی

مدیرکل محترم تجهیزات پزشکی

موضوع: فرم درخواست بازیابی نام کاربری و کلمه عبور مجدد

با سلام و احترام؛

اینجانب..... با عنوان مدیرعامل/مسئول فنی شرکت توزیع کننده صنف /واردکننده / تولید کننده /مسئول فنی به شرح مشخصات ذیل، از قسمت بازیابی سامانه های اداره کل موفق به تغییر رمز نشده و درخواست دریافت نام کاربری مجدد/ کلمه عبور مجدد شرکت/ صنف/مسئول فنی / تیکت سامانه های IMED را دارم.

* (فیلد ضروری) نام شرکت/ صنف / مسئول فنی.....

نام کاربری قبلی (در صورت داشتن)

* (فیلد ضروری) آدرس ایمیل (ایمیل ثبت شده در سامانه imed)

* (فیلد ضروری) شماره تماس (موبایل)

* (فیلد ضروری) شماره شناسه ملی شرکت/ شماره کد ملی صنف/ کد ملی مسئول فنی

محل امضاء و مهر شرکت

محل امضاء و مهر مسئول فنی

تذکره: این کادر به همراه توضیحات آن می بایست در ذیل مهر و امضاء باشد.
۱- این فرم روی سربرگ رسمی شرکت / صنف، به همراه مهر و امضاء مدیرعامل یا مسئول فنی معتبر می باشد.
۲- اطلاعات فوق بصورت کامل تکمیل گردد.
۳- این فرم می بایست توسط متقاضی تحویل دبیرخانه اداره کل گردد (جهت متقاضیان ساکن تهران بصورت تحویل حضوری و برای متقاضیان شهرستانی بصورت فاکس به شماره فاکس دبیرخانه ۶۶۷۲۴۳۸۶)

مراحل ارجاع الکترونیکی:

ثبت نامه در دبیرخانه اداره کل تجهیزات پزشکی	ارجاع به اداره فناوری اطلاعات تجهیزات پزشکی	ایجاد نام کاربری و کلمه عبور	ارجاع به اداره اسناد و مکاتبات اداری	ارسال پاسخ به ایمیل معرفی شده شرکت توسط اداره اسناد و مکاتبات اداری از ایمیل رسمی اداره کل
---	---	------------------------------	--------------------------------------	--