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

**جناب آقاي دکتر سعید رضا شاهمرادی**

**مديركل محترم تجهيزات پزشكي**

**موضوع: فرم درخواست بازیابی نام کاربری و کلمه عبور مجدد**

**با سلام و احترام؛**

اينجانب................................ با عنوان مديرعامل/مسئول فني شركت 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 مسئول فنی محل امضاء و مهر شركت

|  |
| --- |
| **تذكر: این کادر به همراه توضیحات آن می بایست در ذیل مهر و امضاء باشد.**  1- اين فرم روي سربرگ رسمي شركت / صنف، به همراه مهر و امضاء مديرعامل يا مسئول فني معتبر مي باشد.  2-اطلاعات فوق بصورت كامل تكميل گردد.  3-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 66724386 ) |

**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 |