



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

مجتمع آموزشی پزشکی درمانی امام علی (ع)

فرم درخواست صدور مجوز پارکینگ

نام و نام خانوادگی: نام پدر: شماره شناسنامه: کد ملی:
پست سازمانی: وضعیت استخدامی: سابقه کار: تلفن همراه: تلفن ثابت:

مفاد لازم الاجرا جهت بهره مندی از پارکینگ مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر باهنر

- ۱- جایگاه پارک خودرو عمومی تعریف گردیده و مختص هیچ خودروی خاصی نمی باشد.
- ۲- استفاده از مجوز پارک خودرو جهت تردد فرد صاحب خودرو می باشد.
- ۳- مسئولیت اموال و اسناد با ارزش داخل اتومبیل بعهده مالک خودرو می باشد.
- ۴- رعایت قوانین و مقررات مرتبط با پارک خودرو و همکاری با عوامل انتظامات، الزامی می باشد.
- ۵- خروج هرگونه اموال با خودروی شخصی اکیداً ممنوع می باشد. در موارد خاص و ضروری کسب مجوز کتبی از مسئول انتظامات و امین اموال بیمارستان، ضروری است.
- ۶- همراه آوردن مواد اشتعال زا و بنزین یدکی همراه خودرو به داخل پارکینگ ممنوع است و در صورت مشاهده، مجوز پارکینگ، ابطال می گردد.
- ۷- با توجه به رو باز بودن و وسعت محوطه پارکینگ، احتمال آسیب و خسارت به خودرو وجود دارد که مالک خودرو تقبل خسارت احتمالی را می نماید.
- ۸- هرگونه اتفاق و حادثه به خودرو در زمان پارک در پارکینگ، باید کتباً به مسئول انتظامات اعلام گردد.
- ۹- توقف مقابل کیوسک انتظامات، اکیداً ممنوع می باشد.
- ۱۰- توقف مقابل نمازخانه، ساختمان اطراف واحد درآمد، اورژانس و کلیه ورودی ها و خروجی های ساختمان ممنوع می باشد.
- ۱۱- استفاده از پارکینگ صرفاً در زمان شیفت کاری مجاز می باشد و در غیر اینصورت ضمن لغو مجوز و درج در پرونده، طبق قوانین برخورد خواهد شد.
- ۱۲- مدت اعتبار مجوز یکسال بوده و بعد اتمام زمان آن، مجدداً درخواست صدور مجوز طی سلسله مراتب اداری صورت خواهد گرفت.

مدارک لازم: ارائه اصل و کپی کارت ملی و کارت خودرو

مدیریت محترم مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر باهنر

با سلام

احتراماً اینجانب با مشخصات مندرج در فوق، مالک خودروی
پذیرش مفاد مندرج در این برگه، متقاضی استفاده از پارکینگ در تاریخ مقرر می باشم.
با تشکر
تاریخ و امضاء

نظریه مدیریت مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر باهنر

سلام علیکم

با صدور مجوز پارکینگ آقای/ خانم
از تاریخ تا
موافقت بعمل می آید/ موافقت بعمل نمی آید.
لازم به ذکر است که نامبرده به مدت سال از پارکینگ این مرکز استفاده نموده اند.

تاریخ و امضاء

در تاریخ

تحویل اینجانب

آرم ورود به پارکینگ مرکز آموزشی درمانی شهید دکتر باهنر به شماره
گردید.

توسط آقای/ خانم

امضاء