فرم درخواست ویرایش آدرس ایمیل سامانه های تجهیزات پزشکی

(ویژه توزیع کنندگان و اصناف)

**مديركل محترم تجهيزات پزشكي**

**موضوع: درخواست ویرایش ایمیل برای سامانه IMED**

**با سلام و احترام؛**

اينجانب................................ با عنوان مديرعامل/مسئول فني شركت توزیع کننده / صنف / به شرح مشخصات ذیل، از قسمت بازیابی سامانه های اداره کل موفق به تغییر رمز و دریافت کاربری نشده و درخواست ویرایش ایمیل جهت دریافت بازیابی از طریق سامانه IMED را دارم.

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

نام کاربری قبلی(در صورت داشتن) ..........................................

\*(فیلد ضروری)آدرس ایمیل...................................................

\*(فیلد ضروری)شماره تماس (موبایل) ...................................................

\*(فیلد ضروری)شماره شناسه ملی شرکت/ شماره پروانه کسب صنف/ کد ملی مسئول فنی..........................................

محل امضاء و مهر شركت

|  |
| --- |
| **تذكر:**  **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 گردد.** |