بسمه تعالی

فرم تحویل کارت تردد

"آزمایشگاه جامع تحقیقات علوم پزشکی اردبیل"

بدین وسیله گواهی می نمایم که اینجانب ..... کارت الکترونیکی تردد آزمایشگاه جامع تحقیقات را دریافت نموده و تعهد می نمایم که در حفظ و نگهداری آن دقت نموده و از تحویل موقت و یا دائم کارت خود به سایر افراد جدا خودداری نمایم، و در صورت مفقود شدن یا خرابی کارت، تمامی مسئولیت های مادی و معنوی آن بر عهده اینجانب است و موظف هستم مراتب را سریعا و بدون فوت وقت به واحد صدور کارت اعلام نمایم.

دستور ریاست آزمایشگاه

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی .....

تاریخ .....

امضاء

تاریخ دریافت کارت: امضا:

تاریخ تحویل کارت: دریافت کننده: