

اداره­کل سازمان های مردم نهاد و خیرین سلامت

**کد فرم :۰۰۱ - خ**

فرم اطلاعات خیرین حوزه سلامت دانشگاه/ دانشکده علوم پزشکی ....... سال .....

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام**  **نام خانوادگی خیر** | **نوع خیر صورت گرفته** | | | | | | **سال همکاری در حوزه سلامت** | **شماره همراه (اختیاری)** | **شماره ثابت(اختیاری)** | **محل سکونت(اختیاری)** |
| **اهدای زمین و مستغلات** | **ساخت مراکز ارائه خدمات سلامت** | **تأمین تجهیزات** | **تأمین مواد مصرفی** | **مشارکت در بحران ها** | **سایر** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **تعداد کل خیرین در سال 1396:**  **تعداد کل خیرین در سال 1397:**  **تعداد کل خیریه در سال 1398:**  **تعداد کل خیرین در سال شش ماهه اول سال 1399:**  **تعداد کل خیرین در سال 1399:** | | | | | | | | | | | |

نام و نام­خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ تکمیل فرم:

**نکته: در راهنمای فرم های برنامه عملیاتی توضیحات مبسوط ارائه شده است.**