

## قرارداد همکاری

این قرارداد بر اساس بخشنامه شماره ۱۰/۱۶۲۱۳/س مورخ ۱۳۸۸/۳/۲۴ تحت عنوان ضوابط ارجاع نمونه های بالینی در آزمایشگاه های تشخیص طبی ابلاغ شده از طرف مدیر کل آزمایشگاه مرجع سلامت کشور تنظیم شده است.

### طرفین قرارداد:

- آزمایشگاه پویا اصفهان با پروانه تأسیس: ۱-۱۵۶۳۶۸ و مسئولیت فنی: آقای دکتر بهزاد مدرس واقع در اصفهان، پایانه صفه، طبقه اول،

واحد ۷۷ تلفن: ۰۳۱-۳۶۷۳۲۷۲۱ به عنوان انجام دهنده آزمایشات تشخیص طبی است که از این پس آزمایشگاه ارجاع نامیده می شود و

- آزمایشگاه: با پروانه تأسیس به شماره: با مسئولیت فنی:

آدرس: تلفن: فکس:

تلفن همراه: کد پستی: مستند به اجاره نامه یا

سند ملکی شماره: به عنوان ارسال کننده نمونه های بالینی به آزمایشگاه ارجاع که از این پس آزمایشگاه

ارسال کننده نامیده می شود.

### مدت قرارداد:

اعتبار این قرارداد از تاریخ: ۹۸ / ۱ / ۱ تا تاریخ: ۹۹ / ۱ / ۱ به مدت: یکسال شمسی می باشد و بعد از اتمام مدت قرارداد تا

زمانی که لغو آن از سوی یکی از طرفین به صورت کتبی اعلام نگردد، برقرار می باشد.



## الزامات آزمایشگاه ارجاع کننده:

۱. تأیید هویت مراجعه کنندگان به طور کامل به همراه ارسال مشخصات کامل بیمار مطابق فرم ارسال نمونه آزمایشگاه ارجاع و نام آزمایش و ثبت اطلاعات کامل در فرم پرسشنامه در صورت لزوم تماماً به عهده آزمایشگاه ارسال کننده خواهد بود و آزمایشگاه ارجاع هیچگونه مسئولیتی در قبال اطلاعات ناقص نخواهد داشت.
۲. رعایت شرایط صحیح نمونه گیری - حجم مورد نیاز نمونه - الزامات قبل و بعد نمونه گیری - شرایط استاندارد بسته بندی مطابق دستورالعمل موجود در سایت آزمایشگاه پویش اصفهان و دفترچه راهنمای ارسال نمونه.
۳. آزمایشگاه ارجاع کننده موظف است حداکثر در فواصل یک ماهه نسبت به تسویه حساب کامل با ارائه فیش مربوطه به آزمایشگاه ارجاع اقدام نماید در غیر اینصورت آزمایشگاه ارجاع محق است از جوابدهی به هر شکل و عنوان به آزمایشگاه ارجاع کننده خودداری نماید و آزمایشگاه ارسال کننده حق هرگونه اعتراض را از خود سلب می نماید.
۴. تناوب ارسال: آزمایشگاه ارسال کننده طبق برنامه زمانبندی مورد توافق، بایستی نمونه های خود را جهت تحویل به پیک آزمایشگاه پویش اصفهان آماده نماید.
۵. آزمایشگاه ارسال کننده می بایست جهت هر نوبت ارسال نمونه از پیک آزمایشگاه پویش اصفهان رسید دریافت نماید.
۶. اطلاعات نمونه های ارسالی باید صرفاً در فرم خام اختصاصی آزمایشگاه پویش اصفهان وارد گردد.

## الزامات آزمایشگاه ارجاع:

۱. آزمایشگاه ارجاع متعهد می گردد که آزمایشات ضمن رعایت کنترل کیفی، با روش های علمی رایج بر طبق برنامه اعلام شده انجام شود.
۲. کلیه اقدامات مربوط به ارسال نمونه از زمان تحویل به پیک آزمایشگاه بر اساس استاندارد های ارسال نمونه، بر عهده آزمایشگاه ارجاع می باشد.
۳. گزارش آزمایش هایی که در محدوده بحرانی و اورژانس هستند توسط آزمایشگاه ارجاع سریعاً اعلام می گردد.
۴. آزمایشگاه ارجاع متعهد می گردد فرم درخواست و مستندات کاغذی را حداکثر به مدت سه ماه بایگانی نماید.





۵. نمونه هایی که با شرایط اعلام شده از طرف آزمایشگاه ارجاع، نگهداری و ارسال نشوند توسط آزمایشگاه ارجاع رد نمونه خواهد شد.

۶. مدت نگهداری نمونه ها از تاریخ انجام به مدت یک هفته است.

۷. مستندات شرکت در برنامه های ارزیابی کنترل کیفی خارجی (EQAS) و اجرای برنامه های کنترل کیفی داخل آزمایشگاه در صورت

درخواست کتبی آزمایشگاه ارسال کننده کتباً به ایشان ارائه خواهد شد.

۸. آزمایشگاه ارجاع پس از کسر درصد تخفیف مورد توافق (به استثناء موارد ذکر شده بدون تخفیف که به صورت برگه ضمیمه قرارداد است)

وجه محاسبه شده را ابتدای هر ماه به آزمایشگاه ارسال کننده ارائه خواهد داد.

۹. مسئولیت نتایج آزمایشات مطابق با نمونه دریافتی با آزمایشگاه ارجاع است. بدیهی است آزمایشگاه ارجاع مسئولیتی در قبال صحت نمونه

ارسالی ندارد.

امضاء و مهر مسئول فنی آزمایشگاه ارجاع

امضاء و مهر مسئول فنی آزمایشگاه ارسال کننده

امضاء و مهر مؤسس آزمایشگاه ارسال کننده

امضاء و مهر درمانگاه

امضاهای معتبر جهت مکاتبات قانونی با آزمایشگاه ارسال کننده

(در صورت بروز هر گونه اختلاف، اسناد امضا شده از طرف افراد ذیل، معتبر خواهد بود)

امضا

امضا

امضا



## پرسنل همکار آزمایشگاه ارجاع

مسئول فنی:	دکتر بهزاد مدرس
مدیریت:	سید مجید حسینی
تلفن تماس: ۰۹۱۳۴۳۳۱۰۹۹	
مسئول امور استان ها:	دکتر رضا کلاتری
تلفن تماس: ۰۹۹۰۹۲۱۰۳۵۶	
مسئول مالی:	دکتر لیلا نیری
تلفن تماس: ۰۹۱۳۱۲۹۳۴۴۵	
کنترل کیفی:	نازنین شریف پور
مسئول جوابدهی و پذیرش ارسالی:	نیره صوفی
گزارش کننده آزمایشات در محدوده بحرانی:	حسین رجایی

آزمایشگاه ارجاع کننده نام بردگان زیر را جهت تبادل اطلاعات و پیگیری های لازم معرفی می نماید:

مسئول فنی:	تلفن تماس:
سوپروایزر:	تلفن تماس:
مسئول مالی:	تلفن تماس:
مسئول ارسال نمونه:	تلفن تماس:
مسئول جوابدهی:	تلفن تماس:

با تشکر

دکتر بهزاد مدرس

