**مشخصات متقاضی شرکت در فراخوان دستگاه غربالگری بینایی**

|  |  |
| --- | --- |
| نام ونام خانوادگی: |  |
| عنوان سمت: |  |
| کدملی: |  |
| نام مرکز یا موسسه: |  |
| سابقه همکاری با بهزیستی: |  |
| فعالیتهایی که تا کنون انجام داده اید: |  |

**امضاءومهر**