

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



راهنمای استفاده از سامانه صدور امضای الکترونیکی

معاونت نظارت و برنامه‌ریزی

نسخه ۱.۱.۱

مرداد ۹۴

سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

راهنمای صدور امضای الکترونیک:

<http://Parvaneh.irimc.org>

ضمن خوشامد گویی خدمت شما پزشکان محترم
توجه شما را به نکات ذیل جلب می نماید:

منوی ورود به سامانه:

در ابتدا هنگامی که وارد سامانه شدید، از منوی سمت راست گزینه ورود به سامانه و یا در سمت چپ گزینه درخواست پروانه اشتغال را انتخاب کنید:

The screenshot shows the website interface for Parvaneh.IRIMC.ORG. The header includes the website name, phone numbers (۸۴۱۳۸۴۲۲ and ۸۴۱۲۸۲۲۸), and the logo of the Iranian Medical Association. The main content area is titled 'صفحه اصلی' (Home) and features a 'بروانه اشتغال مطب:' (Request for License) section. The text in this section describes the process of applying for a license, mentioning the need for a medical certificate and a license from the relevant authorities. A blue arrow points to the 'درخواست پروانه اشتغال' (Request for License) button. On the right side, there is a navigation menu with options like 'راهنمای صدور پروانه' (License Issuance Guide), 'امتیاز شهرها' (City Privileges), 'سوابق قابل محاسبه' (Calculable Records), 'بخش مدیریت' (Management Section), and 'ورود به سامانه' (Access to System), with a blue arrow pointing to the 'ورود به سامانه' option.

منوی ورود اعضا :

اگر برای بار اول اقدام به ثبت نام می‌نمایید روی فیلد کاربر جدید کلیک نمایید و با ورود شماره نظام پزشکی و درج کد در داخل مستطیل کد فعالسازی خود را دریافت نمایید. کد فعالسازی از طریق پیامک برای شما ارسال خواهد شد.

کاربر جدید هستم

سپس شماره نظام پزشکی خود را وارد نمایید، کد نشان داده شده را در کادر وارد نمایید، کد فعالسازی خود را کلیک نمایید، رمز ورودی به شماره تلفن همراهتان ارسال خواهد شد، سپس گزینه کد فعالسازی را دریافت نموده‌ام را کلیک نمایید. به ترتیب مراحل زیر اقدام نمایید:

شماره نظام پزشکی: مانند: م-1234

CG DGY

دریافت کد فعالسازی

کد فعالسازی را دریافت کردم

تغییر کلمه عبور

سپس مجدداً وارد صفحه عضویت در سامانه می‌شوید و بایستی کد فعالسازی خود را وارد نمایید، به ترتیب زیر اقدام نمایید:

عضویت در سامانه (ارسال کد فعالسازی)

شماره نظام پزشکی: مانند: م-1234 یا 11111

کد فعالسازی:

کلمه عبور: حداقل 6 و حداکثر 10 حرف

تکرار کلمه عبور:

H P 9 7 6

ارسال

پس از اخذ کد فعالسازی، با ورود شماره نظام پزشکی و کد ارسال شده، کلمه عبور خود را مشخص نمایید و وارد سایت شوید. در قسمت ثبت درخواست، مشخصات فردی و مشخصات تحصیلی خود را مشاهده می‌نمایید. چنانچه اطلاعات فردی شما (نام و نام خانوادگی - عکس - سال تولد - شماره تماس (ثابت و همراه) - ایمیل - کد ملی) ، مشخصات تحصیلی (نام رشته تحصیلی - مقطع تحصیلی - کشور / استان / شهر / دانشگاه - نام دانشگاه - سال ورود - سال فارغ التحصیلی - اسکن مدرک یا دانشنامه) تغییر نموده است با مراجعه حضوری به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران اقدام به رفع تغییرات نمایید.

The screenshot displays a user profile page with the following information:

- مشخصات فردی (Personal Information):**
 - نام و نام خانوادگی: دکتر احمد بیگلری
 - کد ملی: 0000000000
 - تاریخ تولد: 1380/05/05
 - شماره تماس: 02123456789
 - ایمیل: ahmad.begleri@nps.gov.ir
 - شماره کارت ملی: 0000000000
 - آدرس پست الکترونیک: ahmad.begleri@nps.gov.ir
- مشخصات تحصیلی (Educational Information):**
 - رشته: پزشکی
 - مقطع: کارشناسی ارشد
 - دانشگاه: دانشگاه علوم پزشکی تهران
 - شماره کارت ملی: 0000000000
 - تاریخ فارغ التحصیلی: 1395/05/05
 - اسکن مدرک: [اسکن شده]

At the bottom of each section, there is a blue circular icon and a red text prompt: "در صورت مشاهده خطای در مشخصات لطفاً به سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران مراجعه فرمایید."

از منوی سمت راست ثبت درخواست امضای الکترونیکی را انتخاب نمایید:



متن تعهد نامه خود را تایید نمایید:

ثبت درخواست (منقاضی)

متن تعهدنامه (جهت دریافت امضای الکترونیکی)

- 1- در تمام طول فعالیت حرفه ای در مسیر ارتقاء دانش و مهارت خود در زمینه پزشکی گام بردارم و همواره مداخلات پزشکی را با بالاترین استانداردهای پزشکی مبنی بر شواهد پذیرفته شده علمی و فارغ از هرگونه تعارض منافع به انجام رسانم.
- 2- به عنوان عضوی از جامعه پزشکی همواره در تمام امور زندگی شئون حرفه پزشکی را رعایت نمایم و هرگز اعمالی را که باعث صدمه دیدن اعتماد آحاد مردم به این حرفه مقدس و حرفه مندان آن می شود، انجام ندهم.
- 3- همواره منفعت دریافت کنندگان خدمات سلامت به ویژه بیماران را بر منافع شخصی و گروهی مقدم بدانم و حقوق بیماران را در حد اعلاای آن رعایت کنم.
- 4- قبل از انجام هرگونه مداخله پزشکی از رضایت بیماران یا تصمیم گیرندگان جایگزین آنها که بر اساس قانون و مقررات مشخص شده اند، مبنی بر انجام مداخله مورد نظر اطمینان حاصل کنم و مطمئن باشم که رضایت فوق کاملاً آگاهانه و بر اساس اطلاعات دقیق باشد که به بیمار یا تصمیم گیرندگان جایگزین داده شده است و آنها اطلاعات مذکور را به خوبی درک کرده اند.
- 5- کلیه اطلاعات مربوط به بیماران را محرمانه تلقی نموده و تنها در اختیار خود بیماران و یا افرادی که بیماران اجازه می دهند و یا آن دسته از حرفه مندان پزشکی که برای تصمیم گیری در مورد بیماران به این اطلاعات احتیاج دارند، قرار دهم.
- 6- در تمام مراحل زندگی حرفه ای عدالت و انصاف را در برخورد با بیماران رعایت کرده و از تبعیض بین بیماران به هر دلیلی خود داری کنم و تمامی خدمات سلامت را فارغ از نژاد، ملیت، رنگ، سن، دین، سطح اقتصادی و طبقه اجتماعی ارائه کنم و همواره پاسدار شأن و کرامت انسانی آنها باشم و ضمناً تمامی تلاش خود را برای ارائه خدمات سلامت و حمایت حداکثر از گروه های آسیب پذیر به کار گیرم.
- 7- مقطع و رشته اعلام شده فوق آخرین مقطع و رشته تحصیلی کسب شده توسط اینجانب می باشد.

اینجانب با علم و اطلاع کامل این تعهدنامه و نیز منشور حقوق بیماران و آیین نامه انتظامی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران را با دقت مطالعه کرده و التزام خود اعلام می دارم.

تمام شرایط فوق را می پذیرم 

مرحله بعد 

مشخصات شغل فعلی خود را طبق شکل زیر تکمیل نمایید (تمامی آیتم‌ها بایستی تکمیل شود):

تکمیل فرم درخواست امضای الکترونیکی (متقاضی)

متقاضی: _____
نوع مجوز: امضای الکترونیکی
تاریخ درخواست: چهارشنبه 7 مرداد ماه 1394 ، ساعت 9:26
نظام پزشکی صادر کننده توکن: نظام پزشکی مرکزی

فرم تکمیل و ذخیره

مشخصات شغل فعلی

نوع خدمت*	[-- انتخاب --]
محل خدمت*	استان: [-- انتخاب --] شهرستان: * [-- انتخاب --] شهر: * [-- انتخاب --]
دانشگاه*	[-- انتخاب --]
نام محل اشتغال*	<input type="text"/>
آدرس محل اشتغال*	<input type="text"/>
تلفن محل اشتغال	<input type="text"/>
تاریخ شروع*	<input type="text"/>
	<input type="button" value="ثبت"/>

انصراف از تقاضا

مرحله بعدی

چنانچه حق عضویت خود را پرداخت ننموده اید ، قادر به انجام ثبت درخواست نخواهید بود، و بایستی در ابتدا حق عضویت خود را پرداخت نمایید، همچنین هزینه صدور مجوز نیز بایستی پرداخت گردد :

تکمیل فرم درخواست امضای الکترونیکی (متقاضی)

متقاضی: _____

نوع مجوز: امضای الکترونیکی

تاریخ درخواست: چهارشنبه 7 مرداد ماه 1394 ، ساعت 9:26

نظام پزشکی صادر کننده توکن: نظام پزشکی مرکزی

فرم تکمیل و ذخیره

قبل از ارسال جهت ارزیابی هزینه(ها) را پرداخت نمایید.

فرم پرداخت

پرداخت هزینه صدور مجوز

هزینه صدور مجوز: 920,000	پرداخت آنلاین
هزینه حق عضویت: 6,056,000	پرداخت آنلاین

در صورتی که زمان پرداخت آنلاین به مشکل برخوردید و پول از حساب شما کم شد، تا 72 ساعت به حساب شما برمیگردد.

انصراف از تقاضا **ارسال جهت ارزیابی به نظام پزشکی مرکزی** **مرحله قبلی**