



معاونت بهداشت

درج لوگوی

دانشگاه

مربوطه

بسمه تعالی

وزارت بهداشت - معاونت بهداشت - مرکز سلامت محیط و کار

معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... شبکه / مرکز بهداشت شهرستان ....

فرم تقاضای بررسی شمول کسر مالیاتی آیین نامه اجرایی ماده ۹۴ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت

نام و نام خانوادگی کارفرما	شماره ملی	نام پدر	تلفن	نام کارگاه	نوع فعالیت	شماره اقتصادی	کد پستی کارگاه
							نشانی کارگاه

با توجه به عملکرد موثر اینجانب ..... در راستای اجرای خدمات بهداشت حرفه ای و مراقبت های بهداشتی درمانی، طبق موارد ذیل تقاضای کسر مالیاتی به مبلغ عددی ..... ریال و به حروف ..... ریال را دارم. خواهشمندم دستور فرمایید، در صورت تأیید نسبت به ارسال درخواست اینجانب به اداره امور مالیاتی استان / شهرستان اقدام گردد.

بند	اقدامات در انطباق با بند های ماده ۲ آیین نامه اجرایی ماده (۹۴) قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت	تعداد شاغلین بهره مند از خدمات	مبلغ کل هزینه (ریال)
الف	آموزش و بازآموزی در علوم بهداشتی برای کارفرمایان، کارگران، کارکنان و کارآموزان		
ب	معاینات بالینی و پاراکلینیکی (قبل از استخدام دوره ای، اختصاصی) و تکمیل فرم معاینات کارگری		
پ	گسترش و ارتقای ضوابط استانداردها و خدمات بهداشتی و درمانی در مراکز ایجاد شده در کارگاه		
ت	اجرای ضوابط و دستورالعمل های وزارت بهداشت براساس ماده (۸۵) و تبصره ماده (۹۶) قانون کار		
ث	تهیه وسایل و تجهیزات و مواد مصرفی و به کارگیری نیروهای بهداشت حرفه ای و پزشک برای انجام کمک های اولیه در وقوع حوادث و سوانح در محیط کار، ارزیابی عوامل زیان آور ناشی از محیط کار، اجرای معاینات کارگری و تشخیص زودرس بیماری ها و درمان سرپایی بیماران.		
ج	اندازه گیری عوامل زیان آور بیماری زا، طراحی و اجرای برنامه های کاهش و کنترل عوامل زیان آور در محیط کار		
چ	ایجاد و بهسازی تسهیلات بهداشتی به منظور تطبیق شرایط موجود با آیین تاسیسات کارگاه از نظر بهداشت براساس ماده (۱۵۶) قانون کار		
ح	تهیه، تدوین، طراحی و چاپ و تکثیر جزوات و پوستر در زمینه های بهداشتی بخصوص بهداشت حرفه ای		
<b>جمع کل هزینه ها</b>			
		شماره:	اسناد مثبت پیوست می باشد <input type="checkbox"/>
		تاریخ:	نام و نام خانوادگی و امضاء کارفرما:

نظر شبکه / مرکز بهداشت شهرستان	
شماره:	الف - عملکرد مربوط به بندهای ..... از لحاظ اجرایی مورد تأیید است <input type="checkbox"/>
تاریخ:	ب - عملکرد از لحاظ اجرایی مورد تأیید نیست <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی رییس گروه / کارشناس مسئول بهداشت حرفه ای:	
نام و نام خانوادگی رییس مرکز / شبکه و امضاء	