ضرورت ساماندهی دندانپزشکان در مناطق محروم

دکتر وحید رواقی، دندانپزشک و پژوهشگر سلامت جامعه

دسترسی به درمان به‌ویژه درمان بیماری های دندان در مناطق محروم، روستایی و دورافتاده مشکلی اساسی به‌ویژه برای کشورهای پهناور جهان است. تجربه دوقرن تربیت دندان پزشک نشان می دهد حتی کشورهای ثروتمند غربی نیز نمی توانند مشکل دسترسی به دندان پزشک را در این مناطق به آسانی حل کنند. نمونه آشکار این وضعیت آمریکاست. در این کشور، علی‌رغم داشتن پیشرفته‌ترین نظام آموزشی دندان پزشکی و حضور بیمه های قدرتمند درمانی، نزدیک به شصت میلیون نفر در مناطق زندگی می کنند که به اندازه کافی دندان پزشک ندارند. وضعیت در کشورهای محروم و با درآمد پایین طبعا وخیم است.

سرانه دندان پزشکان در برخی استان های ایران ۱۰ برابر استان های دیگراست. سال هاست می دانیم بدون پشتیبانی مستقیم و غیرمستقیم دولت، دسترسی به درمان دندان در مناطق محروم و دورافتاده امکان پذیر نیست. یک سند جدید سازمان جهانی بهداشت گزارش کرده است که نزدیک به هفتاد کشور دنیا برای حل مشکل دسترسی به درمان، به شیوه های گوناگون درمانگران را ملزم به حضور در مناطق محروم و دورافتاده می کنند. سازمان جهانی بهداشت اما قویا توصیه کرده است که این درمانگران باید پاداش و مشوق های منصفانه‌ای دریافت کنند.

براین اساس برای دسترسی به درمان دندان در مناطق محروم و دورافتاده ایران، چندین شیوه مورد آزمایش قرارگرفته است. در دوران پهلوی، قانون اشتغال دندان پزشکان تجربی برای جبران کمبود دندان پزشک در مجلس شورای ملی مطرح شد. معضل نبود دندان پزشک در مناطق غیر مرکزی ایران اما تا زمان پیروزی انقلاب ادامه داشت.

یک سال پس از انقلاب ۵۷ گزارشی در روزنامه اطلاعات منتشرشده که می گوید از هر چهار دندان پزشک فعال در ایران سه تن در تهران کار می کردند. به عبارت دیگر، بسیاری از نقاط ایران حتی یک دندان پزشک نداشتند. ازاین رو، در سال های دهه شصت، قانونی برای تربیت و به کارگیری بهداشت کاران بومی دهان برای انجام درمان های ضروری نظیر کشیدن و پرکردن دندان در مناطق محروم، روستایی و دورافتاده تصویب و اجرا شد. این قانون به بهداشت کاران اجازه می داد به پاداش چندسال خدمت درمانی در مناطق محروم، با رعایت شرایطی امکان ادامه تحصیل برای کسب مدرک دندان پزشکی داشته باشند. قرار بود با پایان دوره ش ۶ ساله فعالیت اولین دوره های بهداشت کاران در مناطق محروم، گروه جدید بهداشت کاران جایگزین گروه پیشین شوند. درصورت تداوم این برنامه، حضور چرخشی و پیوسته بهداشت کاران بومی دهان در مناطق محروم می توانست مشکل حضور درمانگران را تا حد زیادی برطرف کند. اما این شیوه دوام چندانی نداشت.

حضور اجباری دندان پزشکان در مناطق محروم، نتیجه کنار گذاشتن بهداشت کاران دهان با افزایش تعداد دانشکده های دندان پزشکی و دندان پزشکان در دهه هشتاد، گرایش برای به کارگیری بهداشت کاران دهان در شبکه بهداشت ایران کاهش یافت. نارضایتی متصدیان حرفه دندان پزشکی از عوامل تعطیلی برنامه به کارگیری بهداشت کاران دهان قلمداد می شود. به نظر می رسد قانونی که به بهداشت کاران بومی اجازه می داد وارد حرفه دندان پزشکی شوند اسباب دلخوری دندان پزشکان را فراهم کرده بود. از این رو، مدیران نظام آموزش و درمان دندان پزشکی تلاش کردند دندان پزشکان جوان را جایگزین بهداشت کاران فعال در مناطق محروم کنند.

درگزارشی که بانظارت یکی از استادان پیشکسوت دندان پزشکی ایران برای فرهنگستان علوم پزشکی (نهادی وابسته به نهاد ریاست جمهوری) نوشته شده چنین می خوانیم: «باتوجه به حجم خروجی دندان پزشکان دانش آموخته وامکان به کارگیری آن ها براساس تعهد خدمت آنان در مناطق محروم، توجیهی منطقی برای تربیت و استفاده از نیروهایی با توانمندی کمتر در این مناطق وجود داشته باشد.»

این توصیه ها از سوی مدیران آموزش و درمان دندان پزشکی ایران سبب شد تا با وجود پابرجا بودن قانون تربیت بهداشت کاران دهان، وزارت بهداشت از اجرای این قانون و به کارگیری بهداشت کاران بومی دهان تابه امروز خودداری کند. تلاش دندان پزشکان برای حفظ انحصار درمانی و حذف دیگر درمانگران از قلمروی دهان البته محدود به ایران نیست. انجمن های صنفی دندان پزشکان آمریکا نیز از مخالفان فعالیت درمانی مستقل بهداشت کاران هستند.

درنتیجه تعطیلی قانون بهداشت کاری دهان در ایران، وزارت بهداشت سال هاست چاره‌ای جز به کارگیری اجباری دندان پزشکانی که به تازگی مدرک خود را دریافت کرده اند ندا نداشته است. در حال حاضر، این دندان پزشکان عموما جوان، اصلی ترین نیروی درمانی شبکه بهداشت در مناطق محروم و روستایی و دورافتاده اند. گفتنی است به دلیل قوانین موجود در مورد زنان و همچنین اعزام پسران به سربازی، بیشتر دندان پزشکانی که به مناطق محروم و دورافتاده فرستاده می شوند دختران هستند که از لحاظ قانونی مجرد محسوب می شوند.

دلایل ناکارآمدی طرح اجباری حضور دندان پزشکان در مناطق محروم

آیا فرستادن دندان پزشکان جوان به مناطق محروم، روستایی و دورافتاده طرح وایده مناسبی است؟ به طور خلاصه، باوجود اجرای گسترده این برنامه، تاکنون پژوهش جامعی برای پاسخگویی به سؤال بالا انجام نشده است. مدافعان وضع موجود اما همیشه اعداد و نمودارهایی در جیب دارند تا به درصد پوشش مناطق محروم از طریق حضور اجباری دندان پزشکان اشاره کنند. موفقیت و کارآمدی نظام درمانی اما با یک ماشین حساب ساده و چندنمودار قابل ارزیابی نیست. عوامل کیفی و اجرایی دیگری در ارزیابی موفقیت اجرای مداخلات نظام درمانی نقش دارند. برای مثال، تناسب مهارت های درمانگر با نیازهای درمانی و درک متقابل درمانگران و بیماران برخی از شاخص های کیفی هستند که در این ارزیابی های عدد محور نادیده گرفته می شوند.

در این قسمت از یادداشت به چند دسته از مشکلات مرتبط با طرح فرستادن دندان پزشکان جوان به مناطق محروم اشاره می شود. مشکلاتی که می تواند نشانه ناکارآمدی جدی وضع موجود باشد.

عدم تناسب نیازهای بومی با مهارت های درمانی دندان پزشکان

در بسیاری از مراکز درمانی شبکه بهداشت، امکان انجام درمان های پیچیده دندان پزشکی وجود ندارد. در این مراکز به دلایلی همچون نداشتن دستیار یا تجهیزات، درمان های پیشگیری یا نهایتا کشیدن و پرکردن ساده دندان امکان پذیر است. فرستادن نیرویی با مهارت زیاد مانند دندان پزشک به مناطق محروم نه تنها اتلاف منابع مالی و انسانی است بلکه موجب سرخوردگی دندان پزشکان نیز می شود.

آسیب پذیری دندان پزشکان جوان

در حال حاضر دندان پزشکان جوان پس از خروج از محیط امن دانشگاه، ناگهان در محیط دشوار مناطق محروم بدون هیچ گونه حمایت و پشتیبانی رها می شوند تا مردمی را که به خوبی نمی شناسند درمان کنند. این در حالی است که این دندان پزشکان کم تجربه و جوان عموما از داشتن شرایط اولیه محیط درمانی نظیر دستیار و تجهیزات مناسب محرومند. این وضعیت دشوار می تواند دندان پزشکان را در وضعیت آسیب پذیری قرار دهد. بیهوده نیست که دندان پزشکان جوان این دوران را سخت ترین دوران زندگی توصیف می کنند.

بی توجهی آموزش دندان پزشکی به نیازهای درمانی مناطق محروم

آموزش رسمی دندان پزشکی عموما براساس آموزش کتاب های درسی دانشگاه های آمریکا طراحی شده است. در آموزش دندان پزشکی توجهی به تجربه زیست مردم مناطق محروم نشده است. برای مثال، طبق آموزش های رسمی دندان پزشکی، کشیدن دندانی که قابل درمان است مطلوب نیست. درنتیجه به دندان پزشکان توصیه می شود از انجام چنین کاری پرهیزکنند. درحالی که در مناطق محروم و روستایی، تمایل بیشتری به کشیدن دندان در دناک وجود دارد. روایت های بسیاری وجود دارد که نشان می دهد تصمیم گیری در مورد سرنوشت دندان منشأ اختلاف و حتی درگیری میان دندان پزشکان و مردم نواحی محروم شده است.

احساس عدم تعلق و بیگانگی

دندان پزشکانی که به طرح اجباری در مناطق محروم فرستاده می شوند، ناگهان خود را در محیطی بیگانه می یابند که تعلق خاطری به آن نداشته و ناچارند درازای درآمدی اندک به کار دشوار درمان مشغول شوند. نداشتن پیوندهای خانوادگی و فرهنگی با محیط کاری آن ها را در موقعیت آسیب پذیری قرار می دهد. از سوی دیگر، ایران کشوری پهناور با زبان ولهجه های گوناگون است. در بسیاری از مناطق کشور، بیماران و درمانگران غیربومی حتی امکان گفت وگوی ساده به یک زبان مشترک ندارند. روایت های متعددی از دندان پزشکان وجود دارد که نشان می دهد که به دلیل ناآشنایی و غربت و بیگانگی، قربانی رفتارهای ناعادلانه شده اند.

تفاوت های فرهنگی و اجتماعی

دندان پزشکان جوان درسال های اخیر عموما متولدین شهرهای بزرگ کشورند. گاهی ادعا می شود آشنایی با مشکلات زندگی در مناطق محروم و دورافتاده برای درمانگران آموزنده است. این ادعا زمانی شایسته توجه است که این آموزش داوطلبانه انجام گیرد. اطلاق عبارت «طرح دوئی» به محل فعالیت درمانی از سوی دندان پزشکان جوان واطلاق واژه «دندون کش» از سوی بیماران به این درمانگران نشانه انتظارات متفاوتی است که گیرندگان و ارائه دهندگان خدمات درمانی از یکدیگر دارند.

خطرات رفت وآمد جاده‌ای، امنیت و اقامت

بالابودن آمار تصادفات جاده‌ای در ایران برکسی پوشیده نیست متأسفانه سالانه تعدادقابل توجهی از درمانگران در رفت وآمدهای جاده‌ای جانشان را ازدست می دهند. کاهش رفت وآمد درمانگران از طریق به کارگیری درمانگران بومی می تواند تا حد زیادی خطر مرگ و معلولیت درمانگران در جاده ها را کاهش دهد.

به کارگیری بهداشت کاران بومی دهان، گامی به سوی بازنگری در طرح اجباری دندان پزشکان

به کارگیری اجباری دندان پزشکان جوان در مناطق محروم و دورافتاده ایران سیاستی ناکارآمد وناعادلانه است. استفاده از دندان پزشکان برای درمان های اولیه دندان نمونه اتلاف نیروی انسانی در نظام درمانی است. نیروی انسانی و مهارت های بالای دندان پزشکان می تواند و باید به شیوه های بهتر و مؤثرتری استفاده شود. فرستادن اجباری دندان پزشکان ناآشنا با فرهنگ بومی، به روستایی فرسنگ ها دور از خانه وخانواده، برای فعالیت درمرا کزدرمانی که ظرفیت استفاده از مهارت های آن ها را ندارند، خسارتی بزرگ به نظام درمان و بی عدالتی در حق دندان پزشکان جوان است. رعایت عدالت در حق مردمان مناطق روستایی و محروم نیز ایجاب می کند، مردمان ساکن این مناطق توسط درمانگرانی با تجربه و بومی که زبان ولهجه وفرهنگ و آدابشان را می شناسند درمان شوند.

تعطیل کردن قانون به کارگیری بهداشت کاران بومی دهان احتمالا زبان بارترین خطای تاریخی نظام درمان ایران در بخش درمان بیماری های دندان است. درهرکشوری دولت ها تصمیم گیرنده نهایی نظام درمان هستند. از این رو مسئولیت این خطا وتداوم آن نهایتا بردوش دولت هاست. اما نقش مدیران حرفه دندان پزشکی در ایران در گمراه کردن وزیران بهداشت ودولت ها قابل انکار نیست. مدیران آموزش و درمان دندان پزشکی در ایران به منظور حذف بهداشت کاران دهان از نظام درمان ایران ادعاهای نادرستی مطرح کرده اند. برای مثال ادعا شده است که سازمان جهانی بهداشت با فعالیت درمانی بهداشت کاران دهان مخالف است. این درحالی است که سازمان جهانی بهداشت هیچ گاه چنین سفارشی نداشته است. برخلاف آنچه روایت می شود، تربیت درمان گرانی با مهارت های متناسب با نیازهای درمانی از سفارش های آخرین برنامه سلامت دهان سازمان جهانی بهداشت است.

در سال های اخیر تلاش شده است بر خطای تاریخی تعطیل کردن برنامه بهداشت کاری دهان به شیوه های گوناگون سرپوش گذاشته شود. محکوم کردن دندان پزشکان جوان به حضور در مناطق محروم، راه اندازی اردوهای درمانی بدون نظارت وهمچنین افزایش بی حساب وکتاب ظرفیت دانشکده های دندان پزشکی از نتایج مستقیم تعطیلی قانون بهداشت کاری دهان در ایران است.

این چرخه خطاهای پیاپی وپرهزینه، تازمانی که ضرورت حضور بهداشت کاران دهان به رسمیت شناخته نشود ادامه خواهد داشت. اختصاص بخشی از ظرفیت دانشکده های دندان پزشکی به آموزش بهداشت کاران دهان، تأمین منابع مالی برای استخدام آن ها در شبکه بهداشت و تجهیز مراکز درمانی دولتی برای فراهم آوردن درمان های اصلی و اولیه دندان باید در دستور کار دولت ها قرار گیرد. نهایتا آنکه، تا زمانی که مناطق محروم و دورافتاده در کشوری پهناور مانند ایران وجود دارد، فارغ از آنکه کدام دولت برسر کار است، به کارگیری بهداشت کاران بومی دهان و دندان برای فعالیت درمانی در شبکه بهداشت ایران ضرورتی انکارناپذیرست. احیای قانون به کارگیری بهداشت کاران دهان در شبکه بهداشت، راه حلی علمی وعملی برای بازنگری در حضور اجباری دندان پزشکان جوان در مناطق محروم خواهد بود.

پی نوشت:

۱-این مقاله به جهت اهمیت موضوع آن از سوی روزنامه «رسالت» بازنشر شده است.

تلنگر

اینترنت دوباره گران شد!

با گران شدن مجدد اینترنت، قیمت هر گیگابایت در دو سال اخیر نزدیک به چهار برابر شد. کیفیت اینترنت اما بهتر نشده است. رسانه ها ۱۶ اردیبهشت اعلام کردند که قیمت بسته های اینترنتی بلندمدت اپراتورهای تلفن همراه نشان می دهد که قیمت هر گیگابایت اینترنت همراه با احتساب ارزش افزوده به ۷ هزار و ۷۰۰ تومان رسیده است. در دی ماه ۱۴۰۲، قیمت هر گیگابایت اینترنت در بسته های بلندمدت حدود دو هزار تومان بود.

بدین ترتیب، اکنون قیمت هر گیگابایت نسبت به دو سال گذشته نزدیک به چهار برابر شده است. زمستان دو سال گذشته تعرفه های اینترنت با قبول شرایطی از سوی اپراتورهای ارتباطی مانند افزایش سرعت و کیفیت اینترنت، افزایش پیدا کرده بود.

با این حال، اپراتورها به تعهدات خود مبنی برافزایش سرعت و کیفیت اینترنت عمل نکردند و کاربران همچنان از سرعت و کیفیت پایین ناراضی هستند. مسئولان هم گفته بودند که نباید هزینه حوزه فناوری اطلاعات بیش از دو درصد هزینه سبد خانوار باشد و در حوزه تعرفه ها باید به وضعیت معیشت مردم هم توجه شود.

سیدستار هاشمی، وزیر ارتباطات وفناوری اطلاعات هم به تازگی با تأیید اصلاح تعرفه های اینترنت در سال جاری گفته بود که تعرفه ها به گونه ای اصلاح می شود که زندگی مردم را مستقیماً تحت تأثیر قرار ندهد.

شورای ملی رقابت که براساس وظایفش از حقوق رقابت در بازار پاسداری می کند؛ پیش از این اپراتورها را ملزم به ارائه بسته های پرحجم (بالای ۵۰ گیگابایت) و بلندمدت کرده بود، اما اپراتورها بسته های «چهارماهه» را به جای بسته های واقعاً بلندمدت عرضه می کنند.

در دی ماه ۱۴۰۲ تعرفه اینترنت ۳۴ درصد افزایش یافت. پیش از آن، اپراتورها در فروردین ۱۴۰۱ بسته های ۶ ماهه و یک ساله را حذف کرده و قیمت ها را عملاً افزایش داده بودند. حتی قبل از آن نیز در تیرماه ۱۳۹۹ اقدام مشابهی انجام شد که با جریمه سازمان تنظیم مقررات، بسته ها بازگشتند. در آذر ۱۴۰۲، شورای رقابت دوباره اپراتورها را به عرضه بسته های بلندمدت ملزم کرد، اما چنین اقدامی انجام نشد.

میزخبر

دانش آموزان را به قوی و ضعیف گروه‌بندی نکنیم

معاون آموزش ابتدایی وزارت آموزش وپرورش با اشاره به برخی رفتارهای نادرست تربیتی رایج در مدارس، بر لزوم بازنگری جدی در روش های آموزشی تأکید کرد و گفت: گروه بندی دانش آموزان براساس قوی و ضعیف، از بین بردن شوق یادگیری در آنان است. نباید اجازه دهیم نظام ارزشیابی به ابزاری برای حذف دانش آموزانی تبدیل شود که به هر دلیلی نتوانسته اند خوب ظاهر شوند. حذف کودکی ۹ یا ۱۰ ساله از مسیر آموزش، آینده او را نابود می کند و این یک تصمیم ضدتربیتی است که باید با آن مقابله کرد.

به گزارش ایسنا، رضوان حکیم زاده، معاون آموزش ابتدایی وزارت آموزش وپرورش، در آیین گرامی داشت هفته معلم، با اشاره به جایگاه بی بدیل معلم در نظام تعلیم و تربیت، گفت: بسیار خوشحال و شاکر خداوند هستم که این فرصت فراهم شد تا به صورت حضوری از معلمان عزیز قدردانی کنم. امیدوارم تلاش های ارزشمند شما در دنیا و آخرت توشه راهتان باشد. وی با اشاره به تفاوت اساسی هفته معلم امسال با سال های گذشته، تأکید کرد: برای نخستین بار، آموزش وپرورش در صدر اولویت های رئیس جمهور قرارگرفته است و این موضوع امید بخش تحولی بنیادین در نظام آموزشی کشور است. معاون آموزش ابتدایی با طرح این پرسش که «معلم خوب کیست؟» گفت: همه ما می دانیم که معلمان نمونه‌ای که امروز تجلیل می شوند، نماینده هزاران معلم فداکار، زحمتکش و پرتلاش در سراسر ایران اند که در شرایط گوناگون، از کانکس های عشایری گرفته تا مدارس مناطق صفر مرزی، چراغ دانایی و توانایی را روشن نگه می دارند. اما آنچه در ذهن ها ماندگار می شود، نه صرفاً دانش علمی، بلکه ویژگی های شخصیتی معلم است؛ دلسوزی، مهربانی، حمایت، توجه به مشکلات دانش آموز و توانمندی در تغییر مسیر زندگی او. حکیم زاده با اشاره به برخی رفتارهای نادرست تربیتی رایج در مدارس، بر لزوم بازنگری جدی در روش های آموزشی تأکید کرد و گفت: گروه بندی دانش آموزان بر اساس قوی و ضعیف، از بین بردن شوق یادگیری در آنان است. این رفتار، از منظر تربیتی غیرقابل قبول است. همچنین، نباید اجازه دهیم نظام ارزشیابی به ابزاری برای حذف دانش آموزانی تبدیل شود که به هر دلیلی نتوانسته اند خوب ظاهر شوند. حذف کودکی ۹ یا ۱۰ ساله از مسیر آموزش، آینده او را نابود می کند و این یک تصمیم ضدتربیتی است که باید با آن مقابله کرد.

اصلاحیه

آگهی تعیین تکلیف اراضی نوبت اول به م الف ۳۹ که در شماره ۱۱۱۲۴- ۱۴۰۴/۲/۱۳ چاپ شده در شماره ۴ به نام فاطمه جهانی ادیمی کلاسه پرونده ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۲۰۰۲۰۰۰۳۵۴ صحیح می باشد که اشتباها ۱۴۰۳۱۱۴۴۲۲۰۰۲۰۰۰۰۳۵۴ چاپ شده است.

ثبت اسناد و املاک زابل

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸ خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸

آگهی دعوت سهامداران جهت تشکیل مجمع عمومی عادی سالیانه (نوبت اول) شرکت میلاد سبز اشراق زنگان (سهامی خاص) ثبت شده به شماره ۹۹۲۹ و شناسه ملی ۱۰۴۶۰۱۳۳۸۴۱

بدینوسیله از کلیه سهامداران محترم میلاد سبز اشراق زنگان (سهامی خاص) دعوت می شود تا در جلسه مجمع عمومی عادی سالیانه ساعت ۱۰/۳۰الی ۱۲ روز جمعه مورخ ۱۴۰۴/۳/۲ در آدرس زنجان خیابان سعدی وسط - مسجد عباس قلی خان تشکیل می گردد، حضور به هم رسانند.

دستور جلسه:

۱- انتخاب اعضای هیات مدیره شرکت

۲- انتخاب بازرسین اصلی و علی البدل

۳- تصویب تراز و صورت های مالی سال ۱۴۰۳

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸ خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸

هیات مدیره شرکت

آگهی ابلاغ و احضار

خانم منیره جلیلوفا (پورفرهادبالو) شوهر شما آقای ناصر پورفرهادبالوفرزند محمد برابر دادنامه به شماره دادنامه ۱۴۰۳۳۵۳۹۰۰۰۸۸۷۹۲۱۳ به تاریخ قطعیت ۱۴۰۴/۲/۶ صادره از شعبه دوم دادگاه خانواده شهرستان ارومیه با مراجعه به این دفتر خانه خواهان ثبت و اجرای طلاق شده اند لذا لازم است ظرف مدت یک هفته پس از انتشار این اخطاریه در این دفتر خانه به آدرس: ارومیه خیابان کوهنورد نبش کوچه ۳۶ حاضر شوید و در صورت عدم حضور برابر مقررات قانونی اقدام خواهد شد و اعتراضات بعدی مسموع نخواهد بود.

علی بایز جاسمی سردفتر طلاق ۳۶ ارومیه

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸

خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸

آگهی دعوت سهامداران شرکت جهان کشت طوس (سهامی خاص) ثبت شده به شماره ثبت ۸۶۳۹ و شناسه ملی ۱۰۳۸۰۲۴۴۰۱۵ جهت تشکیل مجمع عمومی عادی سالیانه

بدینوسیله از کلیه سهامداران شرکت دعوت می شود تا در جلسه مجمع عمومی عادی سالیانه در ساعت ۱۰ صبح مورخ ۱۴۰۴/۲/۳۰ در آدرس استان خراسان رضوی - شهرستان طرقبه شاندیز - بخش شاندیز - دهستان شاندیز - روستای حسین آباد جلوک - اول جاده شاندیز - خیابان ثامن الائمه ۷ - جاده شاندیز - پلاک ۰ - نبش ثامن الائمه ۷ - طبقه (۱) به کدپستی ۹۱۸۹۱۴۴۱۷۳ تشکیل می گردد، حضور به همراه رسانند.

دستور جلسه:

۱- انتخاب بازرسین

۲- تعیین روزنامه کثیرالانتشار

هیات مدیره شرکت

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸

خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸

آگهی حق تقدم خرید سهام در مرحله دوم افزایش سرمایه شرکت مرکز جراحی آریا آمل (سهامی خاص) به شماره ثبت ۳۰۲۲ شناسه ملی ۱۰۷۶۰۲۷۳۱۲۹

به اطلاع کلیه سهامداران می رساند از آنجائی که وفق صورتجلسه مجمع عمومی فوق العاده مورخ ۱۴۰۳/۷/۱۹ مصوب گردیده سرمایه شرکت از مبلغ ۳۷۴/۴۳۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال به مبلغ ۱/۳۷۴/۴۳۳/۰۰۰/۰۰۰ ریال منقسم بر ۱۳۷/۴۳۳/۳۰۰ سهم با ارزش اسمی ده هزار ریال از طریق آورده نقدی موضوع بند ۱ ماده ۱۵۸ لایحه اصلاحی قانون تجارت افزایش یابد و در این راستا به هیات مدیره تفویض اختیار نموده تا ظرف سه سال متوالی افزایش سرمایه مورد نظر مبلغ ۱/۰۰۰ میلیارد ریال معادل ۱۰۰/۰۰۰/۰۰۰ سهم به ارزش اسمی ۱۰/۰۰۰ ریالی از محل آورده نقدی سهامداران را عملی نماید که در راستای اجرای ماده ۱۶۹ لایحه اصلاحی مراتب جهت اطلاع کلیه سهامداران شرکت آگهی و هر سهامدار می توانست به ازای سهام در اختیار حق تقدم خرید سهم ۱۰/۰۰۰ ریالی را ظرف مدت ۶۰ روز از تاریخ نشر آگهی را داشته باشد که براساس آن افزایش سرمایه مرحله اول انجام گردید و سرمایه شرکت به مبلغ ۴۶۹/۲۹۷/۴۴۰/۰۰ ریال منقسم به ۴۶/۹۲۹/۷۴۴ سهم به ارزش اسمی ده هزار ریال رسیده است. لذا در مرحله دوم فروش حق تقدم مبلغ ۳۳۳/۳۳۳/۳۳۰/۰۰۰ ریال معادل ۳۳/۳۳۳/۳۳۳ سهم به ارزش اسمی ده هزار ریال باقی مانده است که مقرر گردیده است به سرمایه شرکت افزوده گردد لذا جهت مشارکت در مرحله دوم افزایش سرمایه، سهامداران می توانند حداکثر ظرف ۶۰ روز از این آگهی نسبت به خرید سهام حق تقدم خود به ارزش اسمی ۱۰/۰۰۰ ریال با واریز به حساب شماره ۰۱۰۶۳۵۴۲۱۲۰۰۶ شرکت نزد بانک ملی مرکزی آمل اقدام و رسید مربوطه را به دفتر شرکت واقع در آمل ابتدای بلوار آزادگان و کدپستی ۴۶۱۳۶۱۷۵۱۳ ارائه نمایند. چنانچه هر یک از سهامداران مایل به خرید و استفاده از حق تقدم خود نباشند با انقضای مدت هیات مدیره می تواند در اجرای مصوبه مجمع عمومی فوق العاده ۱۴۰۳/۷/۱۹ حق تقدم آنها را به سایر اشخاص حقیقی یا حقوقی تفویض و به هر نحوی که صلاح می داند نسبت به فروش و واگذاری سهام به متقاضیان با هر مبلغی ولو مبلغ اسمی ۱۰/۰۰۰ ریال اقدام و افزایش سرمایه را عملی نمایند تصمیم مذکور نافذ و معتبر بوده و هیچ ادعایی در این خصوص مسموع نیست.

هیات مدیره شرکت مرکز جراحی محدود آریا

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸

خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸

آگهی دعوت مجمع عمومی فوق العاده نوبت سوم شرکت تعاونی مسکن آسایش ارومیه به شماره ثبت ۶۹۹۰

با عنایت به عدم رسمیت مجمع عمومی فوق العاده نوبت اول در تاریخ ۱۴۰۴/۱/۲۹ و مجمع عمومی فوق العاده نوبت دوم مورخ ۱۴۰۴/۲/۱۷ و بنا به تصویب هیات مدیره جلسه مجمع عمومی فوق العاده نوبت سوم شرکت تعاونی مسکن آسایش ارومیه راس ساعت ۹ صبح روز جمعه مورخ ۱۴۰۴/۳/۲ در محل استان آذربایجان غربی ارومیه جاده سلماس خیابان شهید قلی پور داخل ستاد نیروی انتظامی مسجد امام رضا(ع) تشکیل می گردد. از عموم سهامداران و اعضای محترم دعوت می شود جهت اتخاذ تصمیم راجع به موضوعات ذیل در روز و ساعت مقرر در محل تعیین شده حضور به هم رسانند و یا با توجه به مفاد ماده ۱۹ آیین نامه نحوه تشکیل مجامع عمومی در صورتی که حضور عضوی در مجمع میسر نباشد، می تواند حق رای خود را به موجب وکالتنامه به عضو دیگر یا نماینده تام الاختیار از میان اعضا و یا غیر اعضا واگذار نماید. در این صورت هر عضو می تواند علاوه بر رای خود حداکثر یک رای با وکالت و هر شخص غیر عضو تنها یک رای با وکالت داشته باشد. توضیحا اینکه وکالت نامه های عادی بایستی یک روز قبل از تشکیل مجمع به غیر از ایام تعطیل در محل دفتر شرکت واقع در استان آذربایجان غربی ارومیه خیابان بهداری آخر خیابان سنگی پلاک ۳۲۶ تنظیم شده و توسط هیات مدیره بررسی و تایید گردد و در غیر این صورت وکالتنامه رسمی حضور در مجمع بایستی به تایید یکی از دفترخانه های اسناد رسمی رسیده باشد.

دستور جلسه:

۱- تمدید مدت فعالیت شرکت تعاونی

هیات مدیره شرکت تعاونی مسکن آسایش ارومیه

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸ خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸

آگهی دعوت به مجمع عمومی عادی به طور فوق العاده شرکت سپهر فولاد لنجان ۱۰۲۶۰۶۳۲۷۸۱ و شماره ثبت ۴۵۳۱۹

بدینوسیله از کلیه سهامداران شرکت سپهر فولاد لنجان به شناسه ملی ۱۰۲۶۰۳۲۷۸۱ و شماره ثبت ۴۵۳۱۹ دعوت به عمل می آید در جلسه مجمع عادی به طور فوق العاده که در تاریخ ۱۴۰۴/۲/۳۰ روز سه شنبه ساعت ۱۰ صبح در محل دفتر شرکت واقع در اصفهان کیلومتر ۵۵ جاده اصفهان شهرکرد شهرک صنعتی فولاد شرکت سپهر فولاد لنجان تشکیل می گردد، حضور به هم رسانند.

دستور جلسه:

۱- انتخاب بازرسین

هیات مدیره شرکت سپهر فولاد لنجان

تاریخ انتشار ۱۴۰۴/۲/۱۸

خ ش ۱۴۰۴/۲/۱۸