

مشخصات فردی



- * شماره عضویت : ۹۶۰۰۹۹
- * نام و نام خانوادگی : محمد فرزاد محبت
- * رشته ارزیابی : درمان
- * شماره پروانه بیمه مرکزی: ۳۴۴/۱۴۱۰۷
- * تاریخ صدور پروانه : ۱۳۹۶
- * تلفن ثابت : ۲۲۳۲۳۹۱۹
- * تلفن همراه : ۰۹۱۲۱۹۶۸۵۱۹
- * پست الکترونیک : dr_mfmahabat@yahoo.com

سوابق تحصیلی و آموزشی

- (۱) دکترای پزشکی
- (۲) MPH

سوابق و مدارک حرفه ای

- (۳) موفقیت در امتحان مربی گری بیمه پژوهشکده بیمه
- (۴) کارشناس رسمی قوه قضاییه در درمان