

فرم تعهد محضری پذیرفته شدگان داروسازی تخصصی (Ph.D) با سهمیه آزاد

اینجانب ..... فرزند..... شماره شناسنامه ..... صادره از..... به شماره ملی..... فارغ  
التحصیل از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....

درسال..... که تبعه دولت جمهوری اسلامی ایران و دارای مذهب..... به  
نشانی.....

میباشم و از نظر وضعیت نظام وظیفه: انجام داده ام  انجام نداده ام  معاف هستم

وضعیت خدمت قانون پزشکان و پیراپزشکان: انجام داده ام  انجام نداده ام  معاف هستم

وضعیت تاهل: متاهل  مجرد  نام همسر..... شغل همسر..... محل کار

همسر..... شماره ملی همسر..... که در..... دوره آزمون پذیرش دستیار (Ph.D)

مورخ..... در رشته تحصیلی..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... پذیرفته شده ام با

اطلاع کامل از مفاد ماده ۸ لایحه قانون اصلاح مواد ۷ و ۸ قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی مصوب سال

۱۳۵۸ شورای انقلاب جمهوری اسلامی ایران و علم و آگاهی کامل از مفاد قانون ثبت اسناد و آئین نامه های اجرایی آن متعهد و ملتزم

میشوم که در رشته تخصصی..... به تحصیل مشغول شوم و طبق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان برسانم و درجه

تخصصی را اخذ نمایم و مقررات مربوط به دوره دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت نمایم و حداکثر ظرف مدت یک ماه پس از

پایان دوره تحصیلی تخصصی خود را به حوزه معاونت آموزشی و یا درمان و دارو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و

حداکثر تا دو برابر دوره آموزش تعهد موضوعه را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد کرد اعم از

آموزشی یا بهداشتی درمانی) انجام دهم در صورتیکه به دلایل آموزشی سیاسی و اخلاقی بجز در مواردی که بعلت بیماری با تایید

شورایعالی پزشکی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا بعد از پایان دوره تخصصی بهر دلیلی از

انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا صلاحیت استخدام را نداشته باشم و یا پس از شروع بکار بهر علتی از موسسه محل خدمت

اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و بطور کلی چنانچه از هریک از تعهداتی که طبق این قرارداد به عهده گرفته ام تخلف نمایم متعهد

میگردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی بعلاوه دو برابر حقوق و مزایای دریافتی را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی

به صندوق دولت بپردازم و چنانچه تعهد خدمتی مربوطه را برای وزارت مذکور انجام ندهم حق دریافت دانشنامه تخصصی و یا هرگونه

گواهی فراغت از تحصیل را از خود سلب مینمایم و ملتزم به پرداخت وجه این سند نیز میباشم تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش

پزشکی راجع به وقوع تخلف و کمیت و کیفیت و میزان هزینه و خسارات قطعی و غیر قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش اینجانب می باشد

و موجب صدور اجرائیه از طریق دفتر اسناد رسمی تنظیم کننده سند و اداره ثبت مربوطه خواهد بود چنانچه نشانی خود را تغییر دهم باید

فورا مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند و همچنین وزارت مذکور اطلاع دهم والا ارسال کلیه ابلاغات و اخطاریه ها به محل تعیین شده

در این سند ابلاغ قانونی تلقی میشود.

ضمنا آقای/خانم..... فرزند..... شناسنامه شماره..... صادره..... متولد..... به شماره ملی..... به نشانی

..... ضمانت نموده بطور تضامن که مسئول اجرای تعهدات مالی متعهد اصلی است و اقرار نموده

علاوه بر تعهداتی که متعهد اصلی به شرح مذکور در فوق تقبل نموده متعهد و ملزم می باشد که از عهده کلیه دیون و قروضی که ممکن

است متعهد به موسسه محل تحصیل یا موسسات وابسته به آن داشته و یا خساراتی که وارد نموده باشد از اموال خود برآیم و در صورت

تخلف متعهد اصلی از مفاد این سند وزارت مذکور حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضایی و بدون هیچگونه تشریفات و یا اعلام به

دفترخانه تنظیم کننده سند در مورد تخلف از طریق صدور اجرائیه نسبت به استیفای حقوق دولت اقدام نماید .

تشخیص وزارت مزبور نسبت به نوع تخلف از تعهدات و کیفیت و کمیت ارقام فوق و میزان هزینه های مصروفه و خسارت وارده قطعی و

غیر قابل اعتراض بوده و مورد پذیرش امضاء کنندگان این سند می باشد و موجب صدور اجرائیه از طریق دفتر خانه تنظیم کننده سند خواهد

بود و متعهد و ضامن وی حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودند و تعهد امضا کنندگان در قبال دولت تضامنی است و وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می تواند بدون مراجعه به مراجع قضایی علیه هریک از نامبردگان و یا در آن واحد علیه هر دو آنان  
اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نماید.

محل امضاء متعهد:

محل امضاء ضامن: