

## فرم تعهد نامه رسمي جهت سهميه مناطق محروم

اینجانب دکتر ..... فرزند..... شماره شناسنامه..... صادره  
از..... متولد..... شماره ملي ..... فارغ التحصيل رشته  
..... از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... در سال  
..... که تبعه دولت جمهوری اسلامی ایران بوده و دارای مذهب.....  
..... وساکن.....  
.....

می باشم و از نظر وضعیت خدمت نظام وظیفه :

انجام داده ام  انجام نداده ام  معاف هستم  مشغول انجام وظیفه ام

وضعیت خدمت قانون خدمات پزشکان و پیراپزشکان :

انجام داده ام  انجام نداده ام  معاف هستم  مشغول انجام وظیفه ام

وضعیت تاهل :

متاهل / مجرد: ..... نام ..... همسر..... شغل ..... همسر  
..... محل.....  
..... همسر.....  
.....

و دارای پروانه دائم پزشکی می باشم / نمی باشم که در آزمون پذیرش دستیار  
..... مورخ..... در رشته تحصیلی.....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ..... پذیرفته شده ام با علم و  
آگاهی کامل از مفاد قانون ثبت اسناد در باب اجراء مفاد اسناد رسمي متعهد و ملتزم می شوم 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 دستیار و دانشگاه محل  
تحصیل را رعایت نمایم و حداکثر ظرف یک ماه پس از پایان دوره تحصیلی تخصصی، خود را به حوزه  
معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی کنم و حداکثر ظرف 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 برابر ماده ۱۴ قانون مربوط به خدمات پزشکان و پیراپزشکان  
مصوب سال ۱۳۷۵ و ماده ۸ قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی و اصلاحات  
بعدي آن و مصوبات نشستهای شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب معاونت  
سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی تعهد موضوعه را به مدت.....برابرمدت تحصیل در  
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ..... یا هر محل دیگری به تشخیص وزارت  
بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (اعم از آموزشی یا بهداشتی، درمانی) انجام دهم و در صورتی  
که به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی بجز در مواردی که بعثت بیماری با تایید شورای عالی پزشکی  
دانشگاه محل تحصیل موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیلی از  
انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا ظرف ۱ ماه پس از پایان تحصیل خود را به دانشگاه محل  
استخدام معرفی ننمایم و یا صلاحیت استخدام را نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی  
از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی  
که طبق این قرارداد بر عهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه  
تحصیلی بعلاوه دو برابر حقوق و مزایای دریافتی را بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به  
صندوق دولت بپردازم.

چنانچه از انجام تعهد خدمتي مربوطه را به هر دليلي به انجام نرسانم حق دريافت دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل را از خود سلب مي نمايم و ملتزم به پرداخت وجه التزام مقرر در اين سند نيز مي باشم و اين وجه التزام بدل از خدمت نبوده و بدین جهت ، چنانچه به خدمت متعهد در محل تعيين شده فوق نياز نباشد محل خدمت ديگري توسط وزارت بهداشت براي شخص متعهد تعيين خواهد شد و ملزم به انجام مورد تعهد در محل تعيين شده بر اساس مندرجات اين تعهد نامه مي باشم.

تشخيص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي راجع به وقوع تخلف و کميت و کيفيت و ميزان هزينه و خسارت قطعي و غير قابل اعتراض بوده و مورد پذيرش اينجانب مي باشد و موجب صدور اجرائيه از طريق دفتر اسناد رسمي تنظيم کننده سند و اداره ثبت مربوطه خواهد بود.

چنانچه نشاني خود را تغيير دهم بايد فوراً مراتب را به دفتر خانه تنظيم کننده سند و همچنين وزارت مذکور اطلاع دهم و الا ارسال کليه ابلاغ ها و اخطاريه ها به محل تعيين شده در اين سند ابلاغ قانوني تلقي مي شود.

ضمناً خانم/ آقای..... فرزند ..... شهردت .....  
..... دارنده..... شناسنامه ..... شماره.....  
..... صادره..... از..... متولد.....  
..... ساکن.....

ضمانت نموده بطور تضامن که مسئول اجرائي تعهدات مالي متعهد اصلي است و اعلام نمود علاوه بر تعهداتي که متعهد اصلي به شرح مذکور در فوق تقبل نموده، متعهد و ملزم مي باشد که از عهده کليه ديون و قروضي که ممکن است متعهد به موسسه محل تحصيل يا موسسه وابسته به آن داشته و يا خسارتي که وارد نموده باشد از اموال خود برآيم، و در صورت تخلف متعهد اصلي از مفاد اين سند وزارت مذکور حق دارد بدون مراجعه به مراجع قضايي و بدون هيچگونه تشريفات و يا اعلام به دفتر خانه تنظيم کننده سند در مورد تخلف، از طريق صدور اجرائيه نسبت به استيفاي حقوق دولت اقدام نمايد.

تشخيص وزارت مزبور نسبت به وقوع تخلف از تعهدات و کيفيت و کميت ارقام فوق و ميزان هزينه هاي مصروفه و خسارات وارده قطعي و غير قابل اعتراض بوده و مورد پذيرش امضاء کنندگان اين سند مي باشد و موجب صدور اجرائيه از طريق دفتر خانه تنظيم کننده سند خواهد بود و متعهد و ضامن وي حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودند و تعهد امضاء کنندگان در قبال دولت تضامني است و دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني يا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي مي تواند بدون مراجعه به مراجع قضاي عليه هر یک از نامبردگان و يا در آن واحد عليه هر دوي آنان اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظو وصول مطالبات دولت و خسارت تعقيب نمايد.

محل امضاء متعهد :

محل امضاء ضامن :