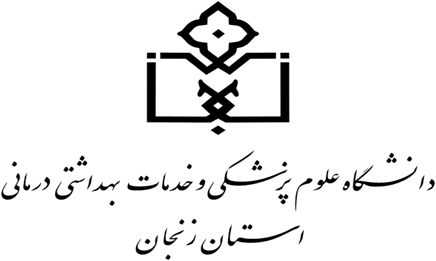
**** شماره :

تاریخ :

تعهد نامه برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

**با عنایت به اجرای دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته** **در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موضوع ابلاغیه شماره 89/100مورخ7/2/93 وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اینجانب ..................فرزند ..................دارای شناسنامه ..........................شماره ملی .........................و شماره نظام پزشکی .........................متخصص/فلوشیب/فوق تخصص در رشته .......................دارای رابطه استخدامی ........................ به عنوان   
پزشک ماندگار شهر/ شهرستان ............................... در بیمارستان ................................... با گروه ماندگاری.............. پس از   
مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ، متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می باشم و متعهد می گردم   
با رعایت کلیه مواد و بندهای مندرج در دستورالعمل فوق و بخشنامه های ابلاغی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه از تاریخ ............................. انجام وظیفه نمایم ودر صورت عدم رعایت مفاد و تعهدات ذکر شده ،دانشگاه می تواند مقررات مندرج در دستورالعمل ابلاغی را در مورد اینجانب اعمال نماید و همچنین اینجانب هیچ گونه ادعایی در خصوص   
بهره مندی از مزایای برنامه ماندگاری نخواهم داشت.**

**یک نسخه از متن دستورالعمل مربوطه پیوست می باشد .**

دکتر ....................... دکتر .................. دکتر ................

متخصص................... ریاست مرکز معاون درمان

پزشک ماندگار