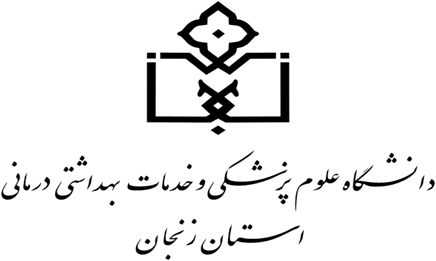
**** شماره :

تاریخ :

تعهد نامه برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

**با عنایت به اجرای دستورالعمل برنامه حضور پزشکان مقیم 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 مقیم شهر/ شهرستان .........................در بیمارستان ................................ پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه حضور پزشکان مقیم 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 وزرات بهداشت درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه از تاریخ .................. انجام وظیفه نمایم و در 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 مقیمی نخواهم داشت.**

یک نسخه از متن دستورالعمل مربوطه پیوست می باشد.

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

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

پزشک مقیم