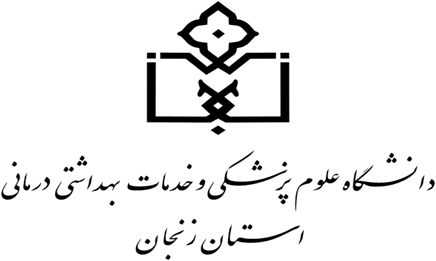
**** شماره :

تاریخ :

تعهد نامه برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

**باعنایت به اجرای دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت** **دربیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت درمان وآموزش 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 در بیمارستان ................................... پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت 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 ارتقای کیفیت خدمات ویزیت** **نخواهم داشت.**

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

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

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

پزشک متقاضی برنامه ویزیت