

بسمه تعالی

شماره ضمانت نامه :

تاریخ ضمانت نامه :

| | | | |
|---------------------|------------------|-----------------------|---------------------|
| بنا به درخواست مورخ | خانم / آقای | دارنده شناسنامه شماره | صادر |
| از | ضامن خانم / آقای | دارنده شناسنامه شماره | |
| صادر از | فرزند | دانشجوی رشته | کشور / دانشگاه علوم |

پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ، بدینوسیله این بانک تعهد می نماید در صورتیکه دانشجوی مذکور از انجام هر یک از تعهدات قانونی و قراردادی مربوطه تخلف ورزد تا میزان مبلغ ریال به صرف اعلام و مطالبه کتبی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بدون آنکه نیازی به اقامه دلیل باشد در وجه آن وزارتخانه / دانشگاه پردازد .

این ضمانت نامه تا تاریخ معتبر می باشد و پس از پایان مدت مذکور مدت این ضمانت نامه تا اطلاع ثانوی حتی بدون درخواست کتبی وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قابل تمدید می باشد ، این ضمانت نامه در هر موقع بنا به تشخیص وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی و با درخواست کتبی و ارائه اصل لاشه ضمانت نامه قابل ابطال یا واریز به حساب وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی / دانشگاه علوم پزشکی می باشد.

امضاء بانک