

«فرم اخذ تعهد از پذیرفته شدگان دوره های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ)»

نظر به اینکه اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ، صادره از دارای کد ملی شماره متولد ساکن کد پستی :
.....فارغ التحصیل مقطع رشته از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در آزمون پذیرش دستیار دوره های تکمیلی تخصصی (فلوشیپ) مورخ در رشته تحصیلی تخصصی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده‌ام ، برابر مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، و با آگاهی کامل از مقررات ، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می‌گردم :

۱. با رعایت کلیه مقررات مربوطه به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصیل در رشته
تحصیل کرده و درجه فلوشیپ را اخذ نمایم و در طول دوران تحصیل منحصراً در رشته ، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم .

۲. بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز ، خود را به دانشگاه علوم پزشکی معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان سه برابر مدت تحصیل، در هر محلی که دانشگاه یاد شده اعلام کند ، خدمت نمایم.
تبصره: چنانچه به هر علتی دانشگاه علوم پزشکی امکان به کارگیری اینجانب را نداشته باشد محل خدمت جدیدی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و اینجانب مکلف به انجام تعهد در آن محل می باشم.

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره فلوشیپ به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از فراغت از تحصیل در سقف زمانی مجاز، خود را به دانشگاه علوم پزشکی معرفی نکنم، یا جهت انجام خدمت به محل تعیین شده از سوی دانشگاه مزبور و یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مراجعه نکنم، و یا صلاحیت اشتغال به کار 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 (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می شوم سه برابر کلیه هزینه‌های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه‌های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه‌ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱: پرداخت خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه و هر گونه مدرک تحصیلی، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اینجانب به مطالبه دانشنامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و سند تعهد اینجانب کماکان به قوت خود باقی خواهد ماند.

۵. طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب براءت اینجانب از انجام تعهدات

مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، همواره حق دارد انجام اصل تعهد در محل تعیین شده و یا در هر محل دیگری را که صلاح می داند از اینجانب مطالبه نماید.

۶. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن ، وکیل ، و در صورت فوت، وصی است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت . در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه‌های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

۷. نشانی اقامتگاه اینجانب ، نشانی مندرج در این سند می باشد ، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل ، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده ، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند ، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد ، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه‌ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می‌باشد .

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

آقای / خانم..... فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره

..... شغل نشانی محل کار

کدپستی محل کار نشانی محل سکونت

کدپستی محل سکونت و

آقای / خانم فرزند به شماره شناسنامه دارای کدملی شماره

..... شغل نشانی محل کار

کدپستی محل کار نشانی محل سکونت

کدپستی محل سکونت و

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می‌شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می‌شویم، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت، عملی نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه سه برابر هزینه‌های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را، از اموال اینجانبان راساً استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و دارایی‌های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

تبصره: تعهد و مسئولیت ضامنان با یکدیگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می‌تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

محل امضاء طرف قرارداد :

محل امضاء ضامنین :

محل امضاء نماینده وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه علوم پزشکی (به نیابت) :