**۴**

**»فرمت سند تعهد ضمانتنامه بانكيپذيرفته شدگان آزاد آزمون دستيار فوق تخصصي«**

**ﻧﻈﺮبه اينكه مقﺮر گﺮديدهاينجاﻧب ........................ فﺮزﻧد ............. به ،شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كدملي**

**............... شمارهساكن ................ متولد ..........................................................................................**

**كدپستيفارغ التحصيل مقطع ................ رشته .............................. از داﻧشگاه علوم پزشك................................ :ي و خدمات**

**كه در آزمون پذيﺮش دستيار فوق تخصصي مورخ ............................. بهداشتي درماﻧيدر رشته تحصيلي .................................**

**تخصصي ............................ در داﻧشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماﻧي .................................... پذيﺮفتهشدهام با هزينه**

**دولت در مقطع و رشته ياد شده تحصيل ﻧمايم،بﺮابﺮ مقﺮرات قاﻧوﻧي و آيينﻧامهها و دستورالعملهاي وزارت بهداشت، درمان و**

**آموزش پزشكي و قواﻧين و مقﺮرات ثبت اسناد و آيينﻧامه اجﺮاي مفاد اسناد رسمي و ﻻزماﻻجﺮا، و با آگاهي كامل از مقﺮرات، در**

**كمال صحت و باآزادي و اختيار كامل، متعهد و ملتزم ميگﺮدم:**

**١.با رعايت كليه مقﺮرات مﺮبوطه به دوره آموزشي و داﻧشگاه محل تحصيل در رشته ......................... تحصيل كﺮده و**

**درجه فوق تخصصي را اخذ ﻧمايم و در طول دوران تحصيل منحصﺮا ً در رشته، مقطع تحصيلي و داﻧشگاه تعيين شده**

**ادامه تحصيل دهم و دوره تحصيلي معين شده را در مدت معمول و بﺮابﺮ مقﺮرات آن با موفقيت بگذراﻧم.**

**٢.بﻼفاصله پس از فﺮاغت از تحصيل در سقف زماﻧي مجاز، خود را به وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشكي معﺮفي**

**كنم و بﺮ اساس قواﻧين و مقﺮرات مﺮبوط، مصوبات ﻧشستهاي شوراي آموزش پزشكي و تخصصي و سايﺮ ضوابط**

**مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزانيكبﺮابﺮمدت تحصيلدر هﺮ محلي كه وزارت بهداشت،**

**درمان و آموزش پزشكي، تعيين كند، خدمت ﻧمايم.**

**٣.در صورتيكه به دﻻيل آموزشيو اخﻼقيموفﻖبه اتمام تحصيل در مدت مقﺮر و مطابﻖ ضوابط آموزشي ﻧگﺮدم و يا**

**از ادامه تحصيل اﻧصﺮاف دهم و يا بعد از پايان دوره فوق تخصصي بههﺮ دليل از اﻧجام تعهد فوقالذكﺮ استنكاف ﻧمايم**

**و يا بﻼفاصله پس از فﺮاغت از تحصيل در سقف زماﻧي مجاز، خود را به وزارت بهداشت، معﺮفي ﻧكنم، يا جهت اﻧجام**

**خدمت به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي مﺮاجعه ﻧكنم، و يا صﻼحيت اشتغال به**

**كار ﻧداشته باشم و يا پس از شﺮوع بهكار به هﺮ علتي از موسسه محل خدمت اخﺮاج شوم و يا تﺮك خدمت كنم و به**

**طور كلي چناﻧچه از هﺮ يكاز تعهداتي كه طبﻖ اين قﺮارداد )و مقﺮرات مﺮبوط( بﺮعهده گﺮفتهام تخلف ﻧمايم، متعهد**

**ميشومدو بﺮابﺮكليه هزينههاي اﻧجام شده از سوي وزارت بهداشت و داﻧشگاه محل تحصيل )از جمله هزينههاي**

**تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پﺮداختي،كمك هزينه تحصيلي و ...( و خسارات ﻧاشي از عدم اﻧجام خدمات مورد**

**تعهد را به صورت يكجا و بدون هيچگوﻧه قيدو شﺮطي به وزارت بهداشت بپﺮدازم. تشخيص وزارت مزبور راجع به**

**وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينهها و خسارات،قطعي و غيﺮقابل اعتﺮاض است و موجب صدور اجﺮائيه از**

**طﺮيﻖ دفتﺮخاﻧه خواهد بود.**

**تبصﺮه١: پﺮداخت خسارات مقﺮر در اين بند، سبب معافيت اينجاﻧب از اﻧجام تعهد ﻧميشود و وزارت بهداشت ميتواﻧد**

**عﻼوه بﺮ دريافت وجه التزام يا خسارت، اجﺮاي اصل تعهد و اﻧجام خدمت در محل تعيين شده )يا هﺮ محل ديگﺮي**

**كه بعدا ً تعيين شود( را مطالبه ﻧمايد.**

**۴.از آﻧجاكه اعطاي داﻧشنامه و هﺮ گوﻧه مدرك تحصيلي، صﺮفا ً با اﻧجام تعهدات قاﻧوﻧي و قﺮاردادي موضوع اين سند امكان**

**پذيﺮ است، پﺮداخت خسارت موجب استحقاق اينجاﻧب به مطالبه داﻧشنامه و سايﺮ مدارك تحصيلي از جمله ريزﻧمﺮات**

**ﻧخواهد گﺮديد و سند تعهد اينجاﻧب كماكان به قوت خود باقي خواهد ماﻧد.**

**۵**

**۵.ضمناين سندشﺮط شد كهوزارت بهداشت از طﺮف اينجاﻧب درتشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت**

**و وصول آن، وكيلاستتا ﻧسبت به احﺮاز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعيين ميزان خسارت از طﺮف اينجاﻧب با خود**

**توافﻖ و مصالحه كند و در صورت توافﻖ يا مصالحه هيچ ضﺮورتي به مﺮاجعه به مقام قضائي يا مﺮجع ديگﺮ جهت تعيين**

**اين موارد وجود ﻧخواهد داشت. در هﺮ حال تشخيص وزارت در تعيين هزينههاي مذكور قطعي و غيﺮقابل اعتﺮاض و**

**موجب صدور اجﺮائيه از طﺮف دفتﺮخاﻧه و يا مﺮاجع قضايي خواهد بود.**

**۶.ﻧشاﻧي اقامتگاه اينجاﻧب،ﻧشاﻧي مندرج در اين سند ميباشد،و تمام ابﻼغهايارسالي به اين محل، به منزله ابﻼغ قاﻧوﻧي**

**به اينجاﻧب بوده،و چناﻧچه ﻧشاﻧي خود را تغييﺮ دهم فورا ً مﺮاتب را به دفتﺮخاﻧه تنﻈيم كننده سند، داﻧشگاه محل خدمت**

**و همچنين به وزارت بهداشت،درمان و آموزش پزشكي اطﻼع خواهم داد، و اﻻ ابﻼغ كليه اوراق و اخطاريهها به محل**

**تعيين شده در اين سندقطعي از سوي اينجاﻧب ميباشد.**

**همچنين مطابﻖ ضـوابط و مقﺮرات و در راسـتاي تضـمين حسـن اجﺮاي تعهدات فوقالذكﺮ ضـماﻧت ﻧامه شـماره ...............**

**مورخ ................ صادره از باﻧك.......... شعبه ............. به شماره سپام ............................ بابت تضمين حسن اجﺮاي تعهدات**

**ﻧامبﺮده تنﻈيم گﺮديده كه در صورت ﻧقض هﺮيك از تعهدات قابل ضبط مي باشد.**

**با آگاهي كامل از تعهدات داﻧشــجو،ـمنضـــنداين ســو بﺮ مبناي ماده١٠قاﻧون مدﻧي متعهد ميشــويم كه تعهدات**

**فوقالذكﺮ داﻧشـجو، تعهداينجاﻧبان بوده و ملتزم ميشـويم، چناﻧچه داﻧشـجوي مذكور، به تعهدات خود به شـﺮح فوقالذكﺮ**

**عمل ﻧكند و از هﺮ يك از تعهدات فوـودـت، عملي ﻧشـق تخلف كند و منﻈور وزارت بهداشــجو به منزله، ﻧقض تعهد داﻧشـ**

**ﻧقض تعهد اينجاﻧبـت، حﻖ داران بوده و وزارت بهداشـد، بدون هيچـﺮيفاگوﻧه تشـتـﺮف اعﻼم به دفتﺮخاﻧه، در مورد، به صـ**

**تخلف از هﺮ يك از تعهدات فوق، از طﺮيﻖ صـدوراجﺮائيه دو بﺮابﺮ هزينههاي اﻧجام شـده بابت داﻧشـجو )به شـﺮح فوق( به**

**عﻼوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجاﻧبان راسا ً استيفا كند و وزارت بهداشت را وكيل خود در زمان حيات و وصي در**

**زمان ممات قﺮار داديم تا ﻧسـبت به احﺮاز تخلف از هﺮ يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينهها و خسـارات و مطالبات**

**از طﺮف اينجاﻧبان با خود مصـالحه ﻧمايد و با اﻧجام مصـالحه هيچ ضـﺮورتي جهت مﺮاجعه به مقام قضـائي يا مﺮجع ديگﺮ**

**بﺮاي تعيين اين موارد وجود ﻧخواهد داشـت و تعيين و تشـخيص وزارت مذكور قطعي و غيﺮ قابل اعتﺮاض و موجب صـدور**

**ـد بود. وزـه خواهاجﺮائيـل ديگﺮي از اموال و داراييـا هﺮ محـل حقوق يـات خود را از محـالبـاز اســـت مطـذكور مجارت مـايه**

**ـارت و پﺮداختـامنا ً در بﺮابﺮ وزارت مذكور متعهد به اﻧجام تعهدات فوق و جبﺮان خسـول كند و اينجاﻧبان متضاينجاﻧبان وص**

**مطالبات فوق هستيم.**

**تبصﺮه : تعهد و مسووليت ضامنان با يكديگﺮ و با متعهد سند ﻧسبت به اﻧجام تعهدات و پﺮداخت خسارات مندرج در**

**اين سند تضامني است و وزارت بهداشت ميًتواﻧد بﺮاي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماعليه هﺮ يك از**

**متعهد وضامنين و يا در آنواحدعليهتماميآﻧها اجﺮائيه صادر و عمليات اجﺮائي ثبتي را به منﻈور وصول مطالبات**

**دولت و خسارات تعقيب ﻧموده و يا ﻧسبت به طﺮح دعوا اقدام ﻧمايد.اين قﺮارداد بﺮ مبناي ماده١٠قاﻧون مدﻧي بين**

**طﺮفين قﺮارداد منعقد شده و بين طﺮفين ﻻزماﻻتباع است.**

**محل امضاء طرف قرارداد :**

**محل امضاء ضامنين :**

**محلامضاء نماينده وزارت بهداشت/نماينده دانشگاه علوم پزشكي )به نيابت(:**