بسمه تعالي

دانشگاه علوم پزشكي وخدمات
بهداشتي درماني كرمانشاه
معاونت آموزشی

شماره :
تاريخ :
پيوست:

فرم تعهد شماره ۲

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از

ساکن (نشانی کامل)

که با هزینه دولت برای ادامه تحصیل در رشته مقطع

از تاریخ

دردانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی پذیرفته شده ام ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی که ازمفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده اقدامی که خلاف شئونات دولت جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاورم ودوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و موظف هستم درطول تحصیل بطور تمام وقت دراختیار دانشگاه محل تحصیل باشم وپس از اتمام دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و چنانچه به هر علتی که مورد تایید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از انجام تعهدات که برابر ایام تحصیل می باشد استنکاف نمایم متعهد میگردم معادل دو برابر شهریه و هزینه تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهد نامه قید شده است را تغییر دهم فورا مراتب را به وزارتخانه اطلاع دهم و الا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده دراین تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء متعهد:

آدرس: بلوار شهيد دكتربهشتي - ساختمان شماره ۲ دانشگاه علوم پزشكي - معاونت آموزشی
تلفن: ۸۳۵۹۷۹۵ – ۸۳۵۰۱۷۷ دورنگار ۸۳۵۰۰۱۳