بسمه تعالی

تاریخ .....

شماره .....

پیوست .....

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان گیلان

معاونت آموزشی

تعهد نامه تمدید مجوز مطب دندانپزشکان

اینجانب فرزند متولد به شماره شناسنامه

کد ملی شماره دارای دانشنامه بورد و عضو هیئت علمی شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان که متقاضی **تمدید** پروانه مطب می باشم، بدینوسیله متعهد و ملزم می گردم **صرفاً دو روز در هفته** (روزهای و) به انضمام روزهای پنجشنبه در ساعات عصر در بخش خصوصی (مطب/ بیمارستان خصوصی) حضور داشته باشم و ملزم می گردم هیچگونه فعالیت انتفاعی خارج از دانشگاه در ساعات اداری نداشته باشم و همچنین حداقل دو روز در هفته (روزهای و) از ساعت ۱۶ الی ۲۲ در کلینیک های دانشگاه انجام وظیفه نمایم و متعهد می گردم که هیچگونه خللی در کیفیت و کمیت عملکرد آموزشی و درمانی اینجانب ایجاد نگردد.

به موجب این سند در صورتیکه برابر مفاد تعهد نامه فوق عمل ننمایم، معاونت آموزشی دانشگاه مجاز خواهد بود پروانه مطب را در هر زمان ابطال و طبق قوانین و مقررات با اینجانب برخورد نماید و در این رابطه حق هر گونه مسئولیتی را از خود سلب می نمایم.

اجرای مفاد این این سند تا زمان ارتقا به مرتبه دانشیاری یا اتمام تعهدات و خروج از سیستم آموزشی دانشگاه الزامی می باشد.

مهر و امضاء متعهد

تاریخ