



بیتجان

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی استان گیلان  
معاونت آموزشی

تاریخ .....  
شماره .....  
پیوست .....

### تعهدنامه تمدید مطب

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 ) در ساعات عصر در بخش خصوصی (مطب/ بیمارستان خصوصی) حضور داشته باشم و 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 دانشگاه مجاز خواهد بود پروانه مطب را ابطال و طبق قوانین و مقررات با اینجانب برخورد نماید و در این رابطه حق هر گونه مسئولیتی را از خود سلب می نمایم.			

مهر و امضاء متعهد

تاریخ