

تاریخ

شماره

پیوست

گیلان



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

تعمدنامه صدور مجوز مطب اساتید اران

اینجانب فرزند متولد به شماره شناسنامه

کد ملی شماره دارای دانشنامه مورد و عضو هیئت علمی رشته

شاغل در دانشگاه علوم پزشکی گیلان که متقاضی **صدور** پروانه مطب می باشم، بدینوسیله متعهد و ملزم می
گردم **دو روز در هفته** (روزهای و) به انضمام روزهای **پنج شنبه**، 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، 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.

مفاد این سند تا زمان ارتقا به مرتبه دانشجویی لازم الاجرا می باشد.

مهر و امضاء متعهد

تاریخ