



## فرم دریافت فوق العاده محرومیت از مطب

### (عدم فعالیت در بخش غیر دانشگاهی)

اینجانب دکتر ..... به شماره نظام پزشکی ..... کد ملی.....  
استادیار و عضو هیئت علمی متعهد به خدمت دانشگاه متخصص رشته ..... که متقاضی دریافت فوق العاده محرومیت از مطب محل خدمتی خود می باشم، با اشراف کامل بر قوانین و آئین نامه ای مربوط به این موضوع، اقرار می نمایم که در حال حاضر فاقد مطب و هرگونه فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش غیردانشگاهی بوده و چنانچه در طول مدت دریافت وجه مزبور بدون اخذ مجوز از مقامات ذی ربط، فعالیت انتفاعی پزشکی خارج از واحدهای تابعه دانشگاه نموده و مقررات مربوطه را نقص نمایم دانشگاه می تواند برابر مقررات با اینجانب رفتار نماید.

مهر و امضاء متعهد:

تاریخ: