تاريخ: ..............................................

شماره: .............................................

فرم شماره 15

به نام خدا

فرمت سند تعهد موضوع آیین‌نامه اجرایی ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در دکتری عمومی پزشکي/دندانپزشکي

مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو

اينجانب .............................. فرزند ................... به شماره‌شناسنامه‌،................................. صادره از ...............داراي کد ملي شماره .................................... متولد ................ ساكن ....................................................................................................................... كدپستي: .............................. كه در آزمون مورخ ......................... با استفاده از سهميه موضوع آيين‌نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو در مقطع ...................... رشته تحصيلي............................ در دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفته شده‌ام، برابر مقررات و آيين نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم می­شوم:

1- با رعايت كليه مقررات مربوط به دوره آموزشي و دانشگاه محل تحصيل در رشته ................................. تحصيل كرده و درجه ........................... را اخذ نمايم و در طول دوران تحصيل منحصراً در رشته، مقطع تحصيلي و دانشگاه تعيين شده ادامه تحصيل دهم و دوره تحصيلي معين شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقيت به اتمام برسانم.

2- بلافاصله پس از فراغت از تحصيل، خود را به وزارت بهداشت معرفي كنم و بر اساس موضوع آيين‌نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو، به ميزان یک و نیم برابر مدت تحصيل، در مناطق ‌محروم و كم‌برخوردار مورد نظر دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني ............................ و در صورت عدم نياز دانشگاه ياد شده در هر محلي که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي، تعيين کند خدمت نمايم.

تبصره 1: با عنايت به اينکه اينجانب از قوانين و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعيت خريد و جابه‌جايي تعهدات موضوع اين سند مطلع مي‌باشم، با علم و آگاهي كامل از اين موضوع، در محل تعيين شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه فعاليت پزشکي در محل ديگري غير از محل تعيين شده براي انجام تعهد نخواهم داشت.

تبصره 2: مستند به تبصره‌ي 1-6 موضوع آيين‌نامه اجرايي ماده واحده افزايش ظرفيت پزشکي در مقطع عمومي مصوب جلسه 30 به تاريخ 26/04/1401 شوراي سنجش و پذيرش دانشجو اينجانب مجاز به ادامه تحصيل تا قبل از گذراندن نيمي از دوران تعهد نمي‌باشم. در صورت ادامه تحصيل دانش‌آموختگان اين سهميه در مقطع تخصص، بخش باقيمانده از دوره تعهد خدمت بايد پس از اتمام مقطع تخصص در محل خدمت دوره تعهد، انجام پذيرد. مدت تحصيل در دوره تخصص جزء مدت تعهد خدمت محسوب نخواهد شد.

3- در صورتي که به دلايل آموزشي، سياسي، اخلاقي و غيره، موفق به اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و یا از ادامه تحصيل انصراف دهم یا بعد از پايان دوره ...................... به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنکاف نمايم و یا بلافاصله پس از فراغت از تحصيل در سقف زماني مجاز، خود را معرفي نکنم، يا جهت انجام خدمت به محل تعيين شده از سوي دانشگاه ياد شده يا وزارت بهداشت مراجعه نکنم، یا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم و یا پس از شروع به كار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم یا ترك خدمت كنم و به طور كلي چنانچه از هر يك از تعهداتي كه طبق اين قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته‌ام تخلف نمايم، متعهد مي‌شوم دو برابر كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي تحصيل، اسکان، حقوق و مزاياي پرداختي، كمك هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يکجا و بدون هيچ‌گونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت بپردازم. تشخيص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه‌ها و خسارات، قطعي و غيرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود.

تبصره: پرداخت خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت علاوه بر دريافت وجه التزام يا خسارت، اجراي اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعيين شده در سند (يا هر محل ديگري كه بعداً تعيين شود) را مطالبه خواهد نمود.

4- از آنجا كه اعطاي دانشنامه و هر گونه مدرك تحصيلي، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امکان‌پذير است، پرداخت خسارت موجب استحقاق اينجانب به مطالبه دانشنامه و ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و سند تعهد اينجانب كماكان به قوت خود باقي خواهد ماند.

5- ضمن اين سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب وكيل است در صورت نقض هر يك از تعهدات موضوع اين سند، در اجراي ماده 18 دستورالعمل ساماندهي و تسريع در اجراي احکام مدني و ماده 19 قانون نحوه اجراي محکوميت‌هاي مالي نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب­ها و بازداشت اموال و دارايي اينجانب اقدام و طلب خود را از محل‌هاي مزبور وصول نمايد. اقدامات وزارت بهداشت در اين جهت قطعي و غير قابل اعتراض خواهد بود.

6- طرف تعهد در اين سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي است. بنابراين موافقت دانشگاه با خريد تعهد يا استعفاي اينجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اينجانب از انجام تعهدات مندرج در اين سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکي، همواره حق دارد انجام اصل تعهد در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را که صلاح مي‌داند از اينجانب مطالبه نمايد.

7- ضمن اين سند شرط شد كه وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تشخيص تخلف از تعهدات فوق و تعيين ميزان خسارت و وصول آن، وكيل، و در صورت فوت، وصي است تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعيين ميزان خسارت از طرف اينجانب با خود توافق و مصالحه كند و در صورت توافق يا مصالحه هيچ ضرورتي به مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر جهت تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخيص وزارت مزبور در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه یا مراجع قضايي خواهد بود.

8- نشاني اقامتگاه اينجانب، نشاني مندرج در اين سند مي‌باشد و تمام ابلاغ­هاي ارسالي به اين محل، به منزله ابلاغ قانوني به اينجانب بوده و چنانچه نشاني خود را تغيير دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظيم كننده سند، دانشگاه‌هاي محل تحصيل و محل خدمت اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ كليه اوراق و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب مي‌باشد.

به منظور تضمین حسن اجراي تعهدات ناشي از این سند اینجانبان:

1- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

2- آقاي/خانم .................................... فرزند ............................... به شماره‌شناسنامه ............................. داراي كدملي شماره .................................. شغل ............................... نشاني محل كار ....................................................................................... كدپستي محل كار .................................... نشاني محل سكونت ............................................................................................................................... كدپستي محل سكونت ...................................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن اين سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي­شويم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نکند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت ...................، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانبان بوده و وزارت ياد شده، حق دارد، بدون هيچ­گونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه دو برابر هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و وزارت مزبور را وكيل خود در زمان حيات و وصي در زمان ممات قرار داديم تا نسبت به احراز تخلف از هر يك از تعهدات فوق و تعيين ميزان هزينه‌ها و خسارات و مطالبات از طرف اينجانبان با خود مصالحه نمايد و با انجام مصالحه هيچ ضرورتي جهت مراجعه به مقام قضائي يا مرجع ديگر براي تعيين اين موارد وجود نخواهد داشت و تعيين و تشخيص وزارت مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه خواهد بود. وزارت مذكور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزاياي دريافتي یا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت ياد شده متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسئوليت ضامنين با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي‌تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين یا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده یا نسبت به طرح دعوا اقدام نمايمد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

محل امضاء متعهد:

محل امضاء ضامنین:

محل امضا وزارت بهداشت / نماینده دانشگاه علوم پزشكي (به نیابت):