



**«فرم اخذ تعهد محضری از دستیاران دندانپزشکی استفاده کننده از سهمیه بومی  
که ارزش ملک معرفی شده از سوی ایشان به مبلغ دو میلیارد ریال می باشد»**

اینجانب ..... فرزند ..... دارای شماره شناسنامه ..... صادره از .....  
دارای کد ملی شماره ..... متولد ..... ساکن .....  
کدپستی ..... فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته ..... از دانشگاه علوم پزشکی و  
خدمات بهداشتی درمانی ..... که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ ..... با استفاده از  
سهمیه بومی موضوع بند ۳ ماده ۱ قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال ۱۳۸۹ در رشته تحصیلی  
تخصصی ..... در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد پذیرفته شده ام و با هزینه  
دولت ادامه تحصیل خواهم داد، برابر مقررات و آیین نامه ها و دستورالعملهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش  
پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجراء ضمن عقد خارج لازم  
متعهد و ملتزم هستم:

۱- در رشته تخصصی ..... تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده،  
درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل  
تحصیل را رعایت کنم و صرفاً به کار تحصیل پرداخته و منحصرأ در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده  
ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و حق تغییر  
رشته را از خود ساقط می کنم.

۲- بلافاصله پس از پایان دوره تحصیلی تخصصی، خود را به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی  
کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش دندانپزشکی و تخصصی و سایر ضوابط  
مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان **سه برابر** مدت تحصیل، در هر محلی که دانشگاه علوم  
پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ..... (در محل نقطه چین نام دانشگاه منطقه محروم ذکر گردد) و در صورت  
عدم نیاز دانشگاه یاد شده در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین کند، خدمت نمایم.  
**تبصره:** وزارت بهداشت مجاز است با تشخیص خود محل خدمت تعیین شده را تغییر دهد و اینجانب ملزم به انجام  
تعهد در محل جدید هستم.

۳- در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی و اخلاقی و غیره، موفق به ادامه تحصیل نگردم و یا بعد از پایان  
دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان تحصیل، خود را به



وزارت بهداشت، معرفی نکنم. یا به محل تعیین شده از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و یا دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... ( در محل نقطه چین نام دانشگاه منطقه محروم ذکر گردد) جهت انجام خدمت مراجعه نکنم و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از مؤسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) بر عهده گرفته ام تخلف نمایم و یا حداکثر یک ماه پس از پایان تحصیل، خود را به وزارت بهداشت معرفی نکنم. متعهد می شوم **سه برابر** کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل ( از جمله هزینه های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات قطعی و غیر قابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

۴- اعطاء دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند است و چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطاء نخواهد شد. حتی اگر به موجب این سند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی خسارت گرفته باشد. همچنین تا اتمام تعهدات، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد شد.

۵- تعیین محل انجام تعهد اینجانب در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است و چنانچه به هر دلیل به خدمات اینجانب در محل تعیین شده در این سند نیاز نباشد، محل دیگری برای خدمت، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین خواهد شد و انجام تعهد در محل تعیین شده جدید بر اساس مفاد این تعهدنامه و ضمانت های آن انجام خواهد شد.

۶- وجه التزام مقرر در این سند، سبب اختیاری شدن انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره می تواند به جای دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

۷- ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن وکیل و در صورت فوت، وصی است. تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضائی خواهد بود.



۸- نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می باشد و تمام ابلاغهای ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد در غیر اینصورت ابلاغ کلیه اوراق و اخطاربه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

### بمنظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان:

آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کد ملی ..... شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار ..... کد پستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کد پستی محل سکونت ..... و آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کد ملی شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار ..... کد پستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کد پستی محل سکونت ..... و آقای / خانم ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه ..... دارای کد ملی شماره ..... شغل ..... نشانی محل کار ..... کد پستی محل کار ..... نشانی محل سکونت ..... کد پستی محل سکونت ..... با آگاهی کامل از تعهدات دانشجوی، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی، متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجوی، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم ، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی عملی نشود، نقض تعهد دانشجوی به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی حق دارد بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق ، از طریق صدور اجرائیه سه برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجوی (به شرح فوق) بعلاوه کلیه خسارات وارده را از اموال اینجانبان راساً استیفاء کند و ضمن عقد خارج لازم ، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگر از اموال و دارائی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت بهداشت، درمان و آموزش متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

**محل امضاء نماینده وزارت بهداشت:**

**محل امضاء طرف قرارداد:**

**محل امضاء ضامن دوم:**

**محل امضاء ضامن اول:**

**محل امضاء ضامن سوم:**