



بسمه تعالی

فرم تعهد شماره ۲

اینجانب.....فرزند.....به شماره شناسنامه.....صادره از.....ساکن
(نشانی کامل)..... که با هزینه
دولت برای ادامه تحصیل در رشته.....مقطع.....از تاریخ.....در دانشگاه علوم
پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... پذیرفته شده ام، ضمن عقد خارج لازم متعهد می شوم ضوابط وزارت
بهداشت درمان و آموزش پزشکی که از مفاد آن اطلاع حاصل کرده ام را رعایت نموده، اقدامی که خلاف شئونات دولت
جمهوری اسلامی و مقررات جاری کشور باشد بعمل نیاوردم و دوره تحصیلی ام را در مدت معمول برابر مقررات آن با
موفقیت بگذرانم و موظف هستم در طول تحصیل به طور تمام وقت در اختیار دانشگاه محل تحصیل باشم و پس از اتمام
دوران تحصیل برابر ایام تحصیل را در هر محلی که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین نماید خدمت نمایم و
چنانچه به هر علتی که مورد تائید وزارت مذکور نباشد از تحصیل اخراج و یا محروم شوم و یا بعد از پایان دوره تحصیل از
انجام تعهدات که یک برابر ایام تحصیل می باشد، استتکاف نمایم متعهد می گردم معادل دو برابر شهریه و هزینه
تحصیلی مصروفه را به تشخیص وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بصورت یکجا و بدون هیچ قید و شرطی به
صندوق دولت بپردازم و چنانچه نشانی خود که در تعهدنامه قید شده است را تغییر دهم فوراً مراتب را به وزارتخانه اطلاع
دهم و الا ارسال کلیه اخطاریه ها و ابلاغ ها به محل تعیین شده در این تعهد نامه ابلاغ قانونی تلقی می شود.

محل امضاء متعهد :