**«فرم اخذ تعهد محضري از کلیه پذیرفته‌شدگان دکترای تخصصی (Ph.D) آزاد»**

**رشته های داروسازی**

نظر به اينكه مقرر گرديده، اينجانب ..................... فرزند ............. به شماره شناسنامه ................، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ................................................................. كد پستي : .............................. فارغ التحصيل مقطع .................... رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. كه در آزمون دکترای تخصصي مورخ ................................. در رشته تحصيلي تخصصي ............................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... پذيرفته شده‌ام، با هزينه دولت در مقطع و رشته ياد شده تحصيل نمايم، برابر مقررات و آيين‌نامه‌ها و دستورالعمل‌هاي وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين‌نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم‌الاجرا، متعهد و ملتزم هستم:

1. در رشته تحصيل كرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذكور را به پايان رسانده، درجه دکتری تخصصی را در رشته مذكور اخذ نمايم و كليه مقررات مربوط به دوره آموزشی و دانشگاه محل تحصيل را رعايت كنم و صرفاً به امر تحصيل پرداخته و 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 بگذرانم و حق تغيير رشته را از خود ساقط مي‌كنم.
2. بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيلي تخصصي، خود را به مرکز امور هیأت علمی وزارت بهداشت معرفي كنم و بر اساس قوانين و مقررات مربوط و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي به ميزان یک و نیم **برابر مدت تحصیل با اعمال ضرایب اعلامی از سوی معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی**، در هر محلي كه وزارت یاد شده تعيين كند، خدمت نمايم.
3. در صورتيکه به دلايل آموزشي، سياسي، و اخلاقي و غيره‌، موفق به اتمام تحصيل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره تخصصي به هر دليل از انجام تعهد فوق‌الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل، خود را به وزارت بهداشت معرفي نكنم، يا به محل تعيين شده از سوي وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نكنم، و يا صلاحيت اشتغال به كار نداشته باشم و يا پس از شروع به كار به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم و يا 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 برابر كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصيل (از جمله هزينه‌هاي تحصيل، اسكان، حقوق و مزاياي پرداختي، ‌كمك هزينه تحصيلي و ...) و خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يكجا 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 1: خسارات مقرر در اين بند، سبب معافيت اينجانب از انجام تعهد نمي‌شود و وزارت بهداشت مي‌تواند 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 نمايد.

تبصره 2 : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است.

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان‌پذير است، چنانچه به هر دليل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصيلي و يا هرگونه گواهي فراغت از تحصيل و مدرك تحصيلي و ريز نمرات به اينجانب اعطا نخواهد شد. همچنين تا اتمام تعهدات، سند تعهد اينجانب فسخ نخواهد گرديد.
2. ضمن این سند شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب وکیل است در صورت نقض هر یک از تعهدات موضوع این سند، در اجرای ماده 18 دستورالعمل ساماندهی و تسریع در اجرای احکام مدنی و ماده 19 قانون نحوه اجرای محکومیت‌های مالی نسبت به ممنوع‌الخدمات نمودن و انسداد حساب­ها و بازداشت اموال و دارایی اینجانب اقدام و طلب خود را از محل‌های مزبور وصول نماید. اقدامات وزارت بهداشت در این جهت قطعی و غیر قابل اعتراض خواهد بود.
3. طرف تعهد در اين سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي 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 پزشكي همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعيين شده در سند و يا در هر محل ديگري را كه صلاح مي‌داند از اينجانب درخواست نمايد.
4. ضمن این 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، 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 در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود.
5. 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، دانشگاه محل خدمت و همچنين به وزارت بهداشت، ‌درمان و آموزش پزشكي 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 تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانب:**

آقاي/ خانم ......................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ...................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل‌كار ........................................................................ كدپستي محل كار ......................... نشاني محل سكونت ....................................................................................... كدپستي محل سكونت.........................

آقاي / خانم ......................... فرزند ......................... به شماره شناسنامه ...................... داراي كدملي شماره ......................... شغل ......................... نشاني محل كار .................................................................................... كدپستي محل كار ......................... نشاني محل سكونت ....................................................................................... كدپستي محل سكونت.........................

با آگاهي كامل از تعهدات دانشجو، ضمن این سند و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي‌شوم كه تعهدات فوق‌الذكر دانشجو، تعهد اينجانب بوده و ملتزم مي‌شوم، چنانچه دانشجوي مذكور، به تعهدات خود به شرح فوق‌الذكر عمل نكند و از هر يك از تعهدات فوق تخلف كند و منظور وزارت بهداشت، عملي نشود، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اينجانب بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هيچگونه تشريفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق، از طريق صدور اجرائيه **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه كليه خسارات وارده را، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن این سند، وزارت بهداشت 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 اينجانب 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 يا هر محل ديگري از اموال و دارايي‌هاي اينجانب وصول كند و اينجانب متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم.

تبصره: تعهد و مسووليت ضامن 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 ضامن و يا در آن واحد عليه تمامي آنها اجرائيه صادر و عمليات اجرائي ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقيب نموده و يا نسبت به طرح دعوا اقدام نمايد. اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني بين طرفين قرارداد منعقد شده و بين طرفين لازم‌الاتباع است.

**محل امضاء طرف قرارداد:**

**محل امضاء ضامن:**

**محل امضاء نماينده وزارت بهداشت / نماينده دانشگاه (به نیابت):**

­