‹ فرم تعهد محضری موضوع آئین نامه

اعطای تسهیلات بورس تحصیلی به دوره های کارشناسی و دکتری عمومی داخل کشور››

نظر به اينكه مقرر گرديده ، اينجانب ........................ فرزند ............. به شماره شناسنامه ................ ، صادره از ........... داراي كد ملي شماره .................. متولد ................ ساكن ............................................................................ كد پستي : .............................. شماره تماس : ................................. فارغ التحصيل مقطع ................ رشته .............................. از دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني ............................. با استفاده از تسهیلات بورس داخل موضوع آئین نامه اعطای تسهیلات بورس تحصیلی به دانشجویان داخل کشور مورخ سال 1402 و با هزینه ی دولت در مقطع ............ رشته تحصيلي............................ در دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني .................................... تحصيل نمايم ، برابر مقررات قانوني و آيين نامه ها و دستورالعمل هاي وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي و قوانين و مقررات ثبت اسناد و آيين نامه اجراي مفاد اسناد رسمي و لازم الاجرا ، و با آگاهي كامل از مقررات ، در كمال صحت و با‌ آزادي و اختيار كامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم مي‌گردم :

1. با رعايت كليه مقررات مربوطه 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 بگذرانم .
2. پس از پايان دوره مجاز تحصيلي ،حداکثر ظرف دو ماه خود را به وزارت بهداشت،درمان و اموزش پزشکی خدمت معرفي كنم و بر اساس مفاد آئین نامه اعطای تسهیلات بورس تحصیلی به دانشجویان داخل کشور مورخ سال 1402 ، قوانين و مقررات مربوط و ساير ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشكي ، **به ميزان دو برابر مدت استفاده از بورس تحصيلي** ، در هر محلي كه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ............................ و در صورت عدم نیاز دانشگاه یاد شده در هرمحلی که وزارت بهداشت, درمان و آموزش پزشکی تعيين كند ، خدمت نمايم .

تبصره: افرادی که مشمول خدمات موضوع ماده یک قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان می باشند موظفند بلافاصله پس از پایان خدمات موضوع قانون یادشده نسبت به انجام تعهدات موضوع ایین سند استفاده اقدام نمایند.

1. در صورتيکه به دلايل آموزشي ، سياسي، و اخلاقي و غيره‌ ، موفق به اتمام تحصيلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشي نگردم ، و يا از ادامه تحصيل انصراف دهم و يا بعد از پايان دوره ی تحصیلی از انجام تعهد فوق الذكر استنكاف نمايم و يا بلافاصله پس از پايان دوره مجاز تحصيل ، خود را به دانشگاه علوم پزشکی ......................... و یا محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی .................... و یا وزارت بهداشت معرفي 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 گرفته ام تخلف نمايم ، متعهد هستم **سه برابر** كليه هزينه‌هاي انجام شده از سوي وزارت بهداشت ، دانشگاه های محل تحصيل و یا محل انجام تعهد ( از جمله هزينه‌هاي تحصيل ، اسكان ، حقوق و مزاياي پرداختي ، ‌كمك هزينه تحصيلي و ... ) به علاوه خسارات ناشي از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت يكجا و بدون هيچگونه قيد و شرطي به وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی پرداخت نمایم . تشخيص وزارت بهداشت 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 نمي شود و وزارت بهداشت مي توانند 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 ساير مدارك تحصيلي از جمله ريزنمرات نخواهد گرديد و ارائه مدارك ياد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير است .

1. از آنجاكه اعطاي دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانوني و قراردادي موضوع اين سند امكان پذير 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 ممنوع الخدمات 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 یا اعلام عدم نیاز از سوی دانشگاه 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 تعهد در محل تعيين شده و يا در هر محل ديگري را كه صلاح مي داند از اينجانب مطالبه نمايد.
4. ضمن عقد خارج لازم 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 در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضائي خواهد بود .
5. نشاني اقامتگاه اينجانب ، ‌نشاني مندرج در اين سند مي باشد ،‌و تمام ابلاغ هاي 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 . اين قرارداد بر مبناي ماده 10 قانون مدني منعقد شده است .

**به منظور تضمين حسن اجراي تعهدات ناشي از اين سند اينجانبان :**

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

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 عقد خارج لازم و بر مبناي ماده 10 قانون مدني متعهد مي شويم كه تعهدات فوق الذكر دانشجو ، تعهد اينجانبان بوده و ملتزم مي‌شويم ، چنانچه دانشجوي مذكور ، به تعهدات خود به شرح فوق الذكر عمل نكند 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 بهداشت ، حق دارد ، بدون هيچ گونه تشريفات ، به صرف اعلام به دفترخانه ، در مورد تخلف از هر يك از تعهدات فوق ، از طريق صدور اجرائيه **سه** **برابر** هزينه‌هاي انجام شده بابت دانشجو ( به شرح فوق ) به علاوه كليه خسارات وارده را ، از اموال اينجانبان راساً استيفا كند و ضمن عقد خارج لازم ، 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 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 يا هر محل ديگري از اموال و دارايي هاي اينجانبان وصول كند و اينجانبان متضامناً در برابر وزارت مذكور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستيم .

تبصره : تعهد و مسئوليت ضامنان با يكديگر و با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در اين سند تضامني است و وزارت بهداشت مي تواند براي دريافت تمام يا بخشي از خسارت مستقيماً عليه هر يك از متعهد و ضامنين 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 لازم الاتباع است .

**محل امضاء طرف قرارداد :**

**محل امضاء ضامن اول :**

**محل امضاء ضامن دوم :**

**محل امضاء نماينده وزارت بهداشت / نماينده دانشگاه :**