**« فرم سند تعهد ضمانت بانکی موضوع بخشنامه شماره 7849/500/د مورخ 15/12/1403 به استثنا‌ مشمولین سهمیه قانون برقراری عدالت آموزشی در پذیرش دانشجو و اصلاحات بعدی و ماده واحده افزایش ظرفیت پزشکی در مقطع عمومی مصوب جلسه 30 مورخ 26/04/1401 شورای سنجش و پذیرش دانشجو »**

اينجانب : ....................... فرزند : ........................... دارنده شناسنامه شماره : ....................... صادره از : .............................. كدملي: ............................. ساكن: ..................................................................................كدپستي : ...............................كه جهت تحصيل در رشته ....................... مقطع ..........................كشور ............. با هزينه شخصي به مدت .......... سال و از تاريخ ....................از تسهيلات بخشنامه شماره 7849/500/د مورخ 15/12/1403 استفاده می نمایم، با عنایت به ایفای کامل تعهدات موضوع ماده 1 قانون خدمت پزشکان و پیراپزشکان و یا دریافت گواهی معافیت از انجام تعهدات مطابق مواد 2 و 12 قانون یاد شده و سایر ضوابط و مقررات مربوطه، متعهد و ملتزم مي‌گردم:‌

1. كليه مقررات و نظامات دولت جمهوري اسلامي ايران و بخشنامه هاي مربوط به استفاده از تسهيلات بخشنامه شماره 7849/500/د مورخ 15/12/1403 معاونت آموزشی را رعايت نمايم .
2. هيچ گونه اقدامي كه خلاف شئونات دولت جمهوري اسلامي ايران و مقررات قانوني باشد بعمل نياورم .
3. از تاريخ مقرر در سند در رشته، مقطع و كشور مورد تعهد شروع به تحصيل نمايم.
4. هر 6 ماه يكبار گزارش پيشرفت تحصيلي و ريزنمرات خود را كه به مهر و تائيد نمايندگي جمهوري اسلامي ايران در كشور مربوط رسيده باشد را به وزارت بهداشت ،‌درمان و آموزش پزشكي ارسال دارم .
5. بلافاصله پس از اتمام مدت تحصیل موضوع اين سند به كشور مراجعت نمايم و تعهدات قانوني ( از جمله تعهدات ناشی از مصوبه 3092 مصوب 87 جلسه مورخ 08/07/1365 شورای عالی انقلاب فرهنگی، قانون تامین وسایل و امکانات تحصیل اطفال و جوانان ایرانی و ساير تعهدات مربوطه حسب مورد ) را به طور مستمر در داخل كشور انجام دهم .
6. با توجه به اینکه تعهدات اینجانب جهت تحصیل در مقطع بالاتر به تعویق افتاده است لذا پس از اخذ پذيرش در رشته‌ یاد شده در دانشگاه‌هاي معتبر مورد تائيد در خارج از كشور حق تغيير رشته را ندارم .
7. چنانچه دو سال پس از تاریخ این سند که در راستای بخشنامه یاد شده تنظیم گردیده، به كشور مراجعه ننمایم و یا از انجام خدمت مورد تعهد استنكاف ورزم و يا پس از شروع به انجام تعهد به هر علتي از موسسه محل خدمت اخراج شوم يا به علتي كه مورد تائيد وزارت بهداشت ،‌درمان و آموزش پزشكي نيز نباشد از دانشگاه محل تحصيل اخراج شوم و يا به دلايلي موفق به اخذ پذيرش در رشته ‌هاي مورد نياز و در دانشگاه‌هاي معتبر مورد تائيد نگردم يا پس از اخذ پذيرش و شروع به تحصيل ترك تحصيل نمايم و يا از عهده امتحانات مربوطه برنيايم و يا در طول تحصيل شرايط اخلاقي و عقيدتي كه با توجه به آنها انتخاب شده ام را رعايت ننمايم و يا ترك تابعيت ايران نمايم و بطور كلي چنانچه برخلاف تعهداتي كه فوقاً توصيف شد عمل نمايم ،‌وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي مجاز است علاوه بر مبلغ مندرج در سند ، كليه خساراتي كه قانوناً وزارت بهداشت ،‌حق مطالبه آن را دارد ،‌ مطالبه و يا از طريق صدور اجرائيه از محل وثيقه تامين نمايد .
8. اينجانب ضمن عقد خارج لازم متعهد هستم كليه هزينه‌هاي فوق و خسارات وارده را به تشخيص و تعيين وزارت بهداشت ،‌درمان و آموزش پزشكي بپردازم و تشخيص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، كيفيت و كميت و ميزان هزينه‌ها و خسارات ،‌قطعي و غيرقابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طريق دفترخانه خواهد بود .
9. نشاني اقامتگاه اينجانب ، ‌نشاني مندرج در اين سند مي باشد ،‌و تمام ابلاغ هاي ارسالي به اين محل به منزله ابلاغ قانوني به بنده 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 دهم ، و الا كليه ابلاغات و اخطاريه‌ها به محل تعيين شده در اين سند ابلاغ ،‌قطعي و غير قابل اعتراض از سوي اينجانب مي‌باشد .
10. ماداميكه تحصيلات خود را تكميل ننموده و تعهدات خود را در قبال وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي انجام نداده‌ام حق استفاده از بورس يا كمك هزينه‌ و ديگر تسهيلات وزارت بهداشت‌، ‌درمان و آموزش پزشكي و ساير وزارتخانه‌ها و سازمان‌هاي دولتي و خصوصي را نداشته و چنانچه معلوم گردد خلاف تعهد يادشده عمل نموده‌ام وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشكي مي‌تواند كليه‌ هزينه‌ها و خسارات مربوطه را از اينجانب يا ضامن و يا متضامناً وصول نمايد .
11. به موجب اين سند، محل خدمت اينجانب پس از اتمام تحصيلات و مراجعت به كشور، به تشخيص وزارت بهداشت ،‌درمان و آموزش پزشكي خواهد بود و هرگونه تغييرات در محل انجام تعهد نيز از اختيارات وزارت مزبور مي‌باشد .
12. وزارت بهداشت از طرف اينجانب در تعيين ميزان وصول خسارات وكيل است و تشخيص وزارت مذكور در تعيين هزينه‌هاي مذكور قطعي و غير قابل اعتراض و موجب صدور اجرائيه از طرف دفترخانه و يا مراجع قضايي خواهد بود .

همچنين مطابق ضوابط و مقررات و در راستاي تضمين حسن اجراي تعهدات فوق‌الذكر ضمانت نامه شماره ............... مورخ ................ صادره از بانک ................. شعبه ..................... به شماره سپام ............................ بابت تضمین حسن اجرای تعهدات نامبرده تنظیم گردیده که در صورت نقض هر یک از تعهدات قابل ضبط می باشد.

امضاء دانشجو امضاء ضامن