**تعهدنامه برنامه حمايت از ماندگاري پزشكان در مناطق محروم**

**با عنایت به اجرای دستورالعمل حمايت از ماندگاري پزشكان در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته، موضوع ابلاغیه شماره 89/100 مورخ 7/2/93 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي، اینجانب ............................ .................................... فرزند ................... دارای شماره شناسنامه ...........................، شماره ملی ........................................... و شماره نظام پزشکی .......................................... پزشک عمومی/متخصص/فلوشیپ/فوق تخصص در رشته ....................................، دارای رابطه استخدامی ................................ به عنوان پزشك ماندگار شهر/شهرستان ........................................ در بیمارستان ......................................... با گروه ماندگاري .............، پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان، متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می­باشم و متعهد می­گردم به طور تمام وقت و بدون انجام هر گونه فعالیت انتفاعی درمانی، با رعایت کلیه مواد و بندهای مندرج در دستورالعمل حمایت از ماندگاری پزشکان و بخشنامه­های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه، از تاریخ ......................................... انجام وظیفه نمایم و در صورت عدم رعایت مفاد و تعهدات ذکر شده، دانشگاه می‌تواند مقررات مندرج در دستورالعمل ابلاغی را در مورد اینجانب اعمال نماید و همچنین اينجانب هیچ‌گونه ادعایی در خصوص بهره‌مندی از مزایای برنامه ماندگاری، نخواهم داشت.**

**يك نسخه از متن دستورالعمل مربوطه پيوست اين تعهد نامه مي باشد.**

|  |  |
| --- | --- |
| **دکتر ........................**  **معاون درمان/معاون آموزشی** | **دکتر ........................**  **متخصص ..........................**  **پزشک ماندگار شهر/شهرستان ..............** |