

لیست پذیرفته شدگان، انصرافیها و ثبت نام نکرده های دستیاری سهمیه مناطق محروم سال ۹۷

ردیف	نام و نام خانوادگی	سال پذیرش	نوع سهمیه	رشته تحصیلی	تاریخ انصراف
۱	حسین کیانقر	۹۷	مناطق محروم	جراحی عمومی	
۲	نوید اوده	۹۷	مناطق محروم	جراحی عمومی	
۳	محمد علی صالحی فر	۹۷	مناطق محروم	روانپزشکی	
۴	ایرج سروشه	۹۷	مناطق محروم	بیماری های داخلی	۱۳۹۸/۷/۲
۵	ساسان شکیبایی	۹۷	مناطق محروم	بیماری های داخلی	ثبت نام نکرده



سند رسمی

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۳۵۵۵۳۳۰۰۶۴۳

با اجراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مستلزم در این سند نژاد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۸۹ بندرتراکمن - منصور صحابی
محل امضا و مهر دفترخانه



سند تعهدنامه غیرمالی

دفترخانه اسناد رسمی ۸۹ بندرتراکمن

نشانی دفترخانه: بندرتراکمن ج آزادی استگاه قدیم گمیشان جنب چاپخانه امن - تلفن: ۰۱۷۳۳۳۳۱۰۵۰ - ۳۳۳۳۱۰۵۰

متعهد

۱ آقای نوید اوده		نام نوید	نام خانوادگی: اوده	نام پدر: نیازمحمد
شماره ملی: ۲۲۳۰۰۸۴۵۷۷	شماره شناسنامه: ۲۲۳۰۰۸۴۵۷۷	محل صدور شناسنامه: بندرتراکمن	شماره تلفن: —	کد پستی: ۴۸۹۱۸۴۸۱۴۵
تاریخ تولد: ۱۳۷۰/۰۱/۲۲	نشانی: بندرتراکمن			

متعهدله

۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان با نمایندگی آقای ابوالفضل گوکلانی		نام شخص حقوقی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان	نوع شخص حقوقی: —
شناسه ملی:	تاریخ ثبت: —	شماره ثبت: —	محل ثبت: —
نشانی: گرگان، ورودی غربی، سازمان مرکزی دانشگاه	کد پستی: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱	تلفن: —	کد پستی: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱
نماینده: آقای ابوالفضل گوکلانی			
شماره ملی: ۲۲۶۹۸۵۸۲۹۸	نام ابوالفضل	نام خانوادگی: گوکلانی	نام پدر: حبیب
تاریخ تولد: ۱۳۶۵/۰۶/۲۷	شماره شناسنامه: ۱۸۰۲	محل صدور شناسنامه: علی آباد	شماره تلفن: —
نشانی: گرگان	کد پستی: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱	تلفن: —	کد پستی: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱
طبق مدرک شماره ۱۷/۱۶۸۲۵۸/پ گ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۱ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان			

ضامین

۱ آقای عبدالحمید نورعلی نژاد		نام عبدالحمید	نام خانوادگی: نورعلی نژاد	نام پدر: عظیم بردی
شماره ملی: ۶۲۸۹۲۹۱۴۷۵	شماره شناسنامه: ۲۳۰۳	محل صدور شناسنامه: گمیشان	شماره تلفن: —	کد پستی: ۴۸۹۱۸۴۸۱۴۵
تاریخ تولد: ۱۳۵۴/۰۸/۲۵	نشانی: بندرتراکمن، خیابان شهید میرزایی، میرزایی دوم			
۲ خانم سامیه آرخی				
شماره ملی: ۲۲۳۹۸۰۰۲۵۹	نام سامیه	نام خانوادگی: آرخی	نام پدر: قربان	شماره تلفن: —
تاریخ تولد: ۱۳۵۵/۰۶/۱۷	شماره شناسنامه: ۳۳۰	محل صدور شناسنامه: بندرتراکمن	شماره تلفن: —	کد پستی: ۴۸۹۱۸۴۸۱۴۵
نشانی: بندرتراکمن، خیابان شهید میرزایی، میرزایی دوم				

شرایط و متون حقوقی

نظر به اینکه مقرر گردیده ، اینجانب نوید اوده با مشخصات فوق فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ ۱۳۹۷/۲/۶ با استفاده از سهمیه بومی موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی و اصلاحات بعدی آن در رشته تحصیلی تخصصی جراحی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان پذیرفته شده ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم، برابر مقررات قانونی و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، و با آگاهی کامل از مقررات ، در کمال صحت و با آزادی و اختیار کامل ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم میگرددم ؛
۱ - در رشته تخصصی جراحی عمومی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده ، درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه

ابوالفضل گوکلانی	نوید اوده	سامیه آرخی	عبدالحمید نورعلی نژاد

• شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی WWW.SSABZ قابل تصدیق است.
• هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۲ و ۵۲۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.



سند رسمی

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۳۵۵۵۳۳۰۰۶۴۳

با احراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مسطور
در این سند لزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۸۹ بندرتراکم - منصور صحابی
محل امضا مهر دفترخانه



سند تعهدنامه غیرمالی

دفترخانه اسناد رسمی ۸۹ بندرتراکم

نشانی دفترخانه: بندرتراکم خ آزادی استنگاه قدیم گمشان جنب چاپخانه امین - تلفن: ۰۳۴۴۳۱۰۵۰ - ۰۱۷۳۴۴۳۱۰۵۰

مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم ، و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصر در رشته ، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم ، و حق تغییر رشته را از خود ساقط می کنم .

۲ - بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی ، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوطه ، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان سه برابر مدت تحصیل در شهر آزادشهر تعیین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی گلستان خدمت نمایم .

تبصره ۱: مستند به تبصره ماده ۶ تصویب نامه شماره ۵۰۹۸۲/ت/۷۴۴۵۰ مورخ ۱۳۹۵/۲/۱ به موجب عقد خارج لازم ملتزم میگردم که در خلال انجام تعهدات امکان هرگونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت.

تبصره ۲: با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دایره بر ممنوعیت خرید و جابجایی تعهدات موضوع این سند مطلع میباشم، با علم و آگاهی کامل از این موضوع، در محل تعیین شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه ی فعالیت در محل دیگری غیر از محل تعیین شده را نخواهم داشت.

تبصره ۳ - مستند به تبصره ۴ ماده واحده ی قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال ۱۳۹۲ ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود.

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیلات در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل ، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان معرفی نکنم ، یا به محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی گلستان و یا وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم ، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) برعهده گرفته ام تخلف نمایم ، متعهد می شوم سه برابر کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه های تحصیل ، اسکان ، حقوق و مزایای پرداختی ، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم . تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات ، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱ : خسارات مقرر در این بند ، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت ، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

تبصره ۲ : پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است .

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه ، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است ، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم ، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد . همچنین تا اتمام تعهدات ، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید .

۵ - طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح میدانند از اینجانب درخواست نمایند.

۶ ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن ، وکیل ، و در صورت فوت، وصی است ، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر

ابوالفضل گولکالی	نوید اوده	سامیه آرخی	عبدالحمید نورعلی نژاد

• شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی www.ssaa.ir قابل تصدیق است.
• هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۲ و ۵۲۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.



سند رسمی

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۳۵۵۵۲۳۰۰۰۶۴۳

با اجراز هویت امضاء کننده: امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مستطور
در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۸۹ بندرتراکم به‌منصور صحابی
محل امضا و مهر دفترخانه



سند تعهدنامه غیرمالی

دفترخانه اسناد رسمی ۸۹ بندرتراکم

نشانی دفترخانه: بندرتراکم ج آزادی ایستگاه قدیم گمشان جنب چاپخانه امین - تلفن: ۰۲۲۲۲۱۰۵۰ - ۰۱۷۲۲۲۲۱۰۵۰

قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود .

۷. نشانی اقامتگاه اینجانب ، نشانی مندرج در این سند می باشد ، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل ، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده ، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند ، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد ، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب میباشد .

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان :

۱ - آقای عبدالحماد نورعلی نژاد با مشخصات فوق کارمند بیمارستان امام خمینی بندرتراکم نشانی محل سکونت بندرتراکم، خیابان شهید میرزایی، میرزایی دوم کد پستی محل سکونت ۴۸۹۱۷۱۷۷۹۴

۲ - خانم سامیه آرخی با مشخصات فوق شغل فرهنگی نشانی بندرتراکم، خیابان سیزده آبان، دبیرستان دخترانه و نشانی محل سکونت بندرتراکم، خیابان جمهوری اسلامی ۵، کوچه شهید میرزایی دوم و کد پستی محل سکونت ۴۸۹۱۷۱۷۷۹۴

با آگاهی کامل از تعهدات دانشجو ، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجو ، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم میشویم ، چنانچه دانشجوی مذکور ، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گلستان عملی نشود ، نقض تعهد دانشجو به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت ، حق دارد ، بدون هیچ گونه تشریفات ، به صرف اعلام به دفترخانه ، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق ، از طریق صدور اجرائیه سه برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجو (به شرح فوق) به علاوه و کلیه خسارات وارده را ، از اموال اینجانبان رأساً استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم ، وزارت بهداشت را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به اجراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضایی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود . دانشگاه مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و دارایی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت مذکور متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم .

تبصره: تعهد و مسئولیت ضامنین با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت میتواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

هزینه های قانونی

حق الثبت به مبلغ: ۲۰,۰۰۰ ریال
هزینه صدور الکترونیک سند رسمی به مبلغ: ۵۰,۰۰۰ ریال
حق التحریر به مبلغ: ۵۰۰,۰۰۰ ریال
حق التحریر اوراق اضافه به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال
حق التحریر نفقات اضافه به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال
مالیات بر ارزش افزوده به مبلغ: ۸۱,۰۰۰ ریال
جمع کل: ۱,۰۵۱,۰۰۰ ریال

ابوالفضل گولانی	نوید اوده	سامیه آرخی	عبدالحماد نورعلی نژاد

• شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی www.ssaa.ir قابل تصدیق است.
• هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۲ و ۵۲۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.

رمز تصدیق: ۵۲۲۳۸۰

این سند در دفتر الکترونیک دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام تحت شماره ۳۱۱۴۱ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴ ثبت شده است.



سند رسمی

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام

نشانی دفترخانه: ایلام - خیابان آیت اله حیدری، روبروی هتل خلاش ابتدای خیابان شهید نظر بیگی - تلفن: ۰۸۴۳۳۴۵۹۹۰

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۱۵۲۶۸۲۰۰۰۰۶۲

با احراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مسطور در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر: ایلام - احمد لرستانی
محل امضاء مهر دفترخانه

سردفتر
احمد لرستانی



متعهد		آقای ایرج سروشه		۱
نام پدر: طارق	نام خانوادگی: سروشه	نام: ایرج	شماره ملی: ۰۰۷۱۱۳۱۵۹۰	
شماره تلفن: —	محل صدور شناسنامه: تهران	شماره شناسنامه: ۷۶۹۰	تاریخ تولد: ۱۳۵۲/۱۱/۲۷	
کد پستی: ۳۸۱۸۸۶۳۵۷۸			نشانی: اراک بهاران ۹ پلاک ۷۸	
متعهدله				
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام با نمایندگی خانم لیلی رحمن خانی				
نوع شخص حقوقی: —	نام شخص حقوقی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان ایلام		شناسه ملی: ۱۴۰۰۳۳۷۹۹۴۲	
تلفن: —	محل ثبت: —	شماره ثبت: —	تاریخ ثبت: ۱۳۵۷/۱۱/۲۲	
کد پستی: ۶۹۳۱۸۵۱۱۴۷			نشانی: ایلام بلوار آزادی نرسیده به میدان کشوری ستاد دانشگاه علوم پزشکی ایلام	
نماینده: خانم لیلی رحمن خانی				
نام پدر: برار	نام خانوادگی: رحمن خانی	نام: لیلی	شماره ملی: ۴۵۰۰۸۷۱۴۲۱	
شماره تلفن: —	محل صدور شناسنامه: ایلام	شماره شناسنامه: ۴۰۹	تاریخ تولد: ۱۳۶۲/۰۳/۱۵	
کد پستی: ۶۹۳۱۹۷۸۵۷۴			نشانی: ایلام خیابان پاسداران کوچه شهید جمالوندی بن بست مراد	
طبق مدرک شماره ۲۲/۲۶۶۳۸ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام				
ضامنین				
آقای رضا یگانه		۱		
نام پدر: علی محمد	نام خانوادگی: یگانه	نام: رضا	شماره ملی: ۴۵۰۰۴۳۳۱۶۳	
شماره تلفن: ۰۹۱۲۵۱۰۹۱۷۵	محل صدور شناسنامه: ایلام	شماره شناسنامه: ۴۷۲۶	تاریخ تولد: ۱۳۵۲/۰۲/۰۸	
کد پستی: ۶۹۳۱۴۳۳۳۹۲			نشانی: ایلام بلوار خرم رودی خیابان چمران خیابان آزادگان کوچه ۱۰ متری مجتمع مسکونی مهرگان یک	
آقای حشمت الله شهبازی		۲		
نام پدر: قاسم	نام خانوادگی: شهبازی	نام: حشمت الله	شماره ملی: ۵۳۴۹۹۳۴۴۹۱	
شماره تلفن: —	محل صدور شناسنامه: بدره	شماره شناسنامه: ۲۰	تاریخ تولد: ۱۳۵۶/۰۶/۰۳	
کد پستی: ۶۹۳۱۱۵۳۶۶۷			نشانی: ایلام چهار راه پیام نور کوچه یوسفی	

مشخصات مورد تعهد

مورد تعهد: تعهد دانشجویی

شرایط و متون حقوقی

نظر به اینکه مقرر گردیده، اینجانب آقای ایرج سروشه با مشخصات مذکور فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اراک که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ ۱۳۹۷/۲/۶ با استفاده از سهمیه بومی، موضوع برقراری عدالت آموزشی و اصلاحات بعدی آن در رشته تحصیلی تخصصی داخلی در دانشگاه علوم و پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان پذیرفته شده ام، با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم، برابر مقررات و آیین نامه ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم

لیلی رحمن خانی	ایرج سروشه	حشمت الله شهبازی	رضا یگانه
----------------	------------	------------------	-----------

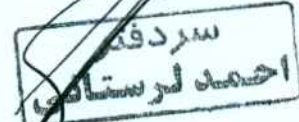
دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام
تاریخ: ۱۳۹۷/۰۶/۱۴
شماره: ۳۱۱۴۱

شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی www.ssaa.ir قابل تصدیق است. هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۲ و ۵۳۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۱۵۲۶۸۲۰۰۰۰۶۲

با احراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مستطور در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۱۱ ایلام - احمد لرستانی
محل امضا و مهر دفترخانه



سند رسمی

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام

نشانی دفترخانه: ایلام - خیابان آیت اله حیدری روبروی هتل خلاش ابتدای خیابان شهید نظر بگی - تلفن: ۰۸۴۳۳۶۵۹۱۰

رمز تصدیق: ۵۲۲۲۸۰

این سند در دفتر الکترونیک دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام تحت شماره ۳۱۱۴۱ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴ ثبت شده است.



الاجرا ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستیم: ۱. در رشته تخصصی داخلی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده، درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزشی دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم، و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصر در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم، و حق تغییر رشته را از خود ساقط می‌کنم. ۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوطه، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان ۳ برابر مدت تحصیل، در شهر سرابله تعیین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام خدمت نمایم تبصره ۱: مستند به تبصره ماده ۶ تصویب نامه ی شماره ۲۴۴۵۰ / ت / ۵۰۹۸۲ ه مورخ ۱۳۹۵/۷/۱ به موجب عقد خارج لازم ملتزم می‌گردم که در خلال انجام تعهدات امکان هرگونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت. تبصره ۲: با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دایر بر ممنوعیت خرید و جابجایی تعهدات موضوع این سند مطلع می‌باشم، با علم و آگاهی کامل از این موضوع، در محل تعیین شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه ی فعالیت در محل دیگری غیر از محل تعیین شده را نخواهم داشت. تبصره ۳ - مستند به تبصره ی ۴ ماده واحده ی قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال ۱۳۹۲ ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود ۳ - در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام معرفی نکنم، یا به محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی ایلام و یا وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوطه) بر عهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می‌شوم ۳ برابر کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه ای تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه های تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات، قطعی و غیر قابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود. تبصره ۱: خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی‌شود و وزارت بهداشت می‌تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید. تبصره ۲: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هر گونه مدارک تحصیلی از جمله ریز نمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است. ۴. از آنجا که اعطای دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هر گونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطاء نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید. ۵. طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند یا در هر محل دیگری را که صلاح می‌داند از اینجانب درخواست نماید. ۶. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل، و در صورت فوت وصی است نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند. در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضایی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود. ۷. نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می‌باشد و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می‌باشد. به منظور تضمین

لیلی رحمن خانی	امیر سروشه	حسنت الله شهاری	رضا بگانه

شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی WWW.SSAA.IR قابل تصدیق است. هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۳ و ۵۲۴ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.

رمز تصدیق: ۵۲۲۳۸۰

این سند در دفتر الکترونیک دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام تحت شماره ۳۱۱۴۱ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۴ ثبت شده است.



سند رسمی

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۱۱ ایلام

نشانی دفترخانه: ایلام - خیابان آیت اله حیدری روبروی هتل خلاش ابتدای خیابان شهید نظر بیگی - تلفن: ۰۸۴۳۳۳۴۵۹۹۰

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۱۵۲۶۸۲۰۰۰۰۶۲

با احراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مسطور در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۱۱ ایلام - احمد لرستانی
محل امضاء مهر دفترخانه

سردفتر
احمد لرستانی



حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان ۱ - آقای رضا یگانه با مشخصات مذکور شاغل در دانشگاه ایلام بنشانی محل کار ایلام بلوار پژوهش دانشگاه ایلام کد پستی محل کار ۶۹۳۱۹۷۷۱۱۱ ۲ - آقای حشمت الله شهبازی با مشخصات مذکور شاغل در دادگستری ایلام نشانی محل ایلام میدان شهداء خیابان عدالت دادسرای عمومی و انقلاب ایلام کد پستی محل کار ۶۹۳۱۶۷۷۹۹۱ با آگاهی کامل از تعهدات دانشجویی، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجویی، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم چنانچه دانشجوی مذکور به تعهدات به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی ایلام عملی نشود، نقض تعهد دانشجویی به منزله نقض تعهدات اینجانبان بوده و وزارت بهداشت حق دارد، بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه ۳ برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجویی (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را از اموال اینجانبان راسا استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت مزبور را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طریق اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضایی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. دانشگاه مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزایای دریافتی و یا هر محل دیگری از اموال و دارایی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت بهداشت متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم. تبصره: تعهد و مسئولیت ضامنین با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائی ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

هزینه های قانونی

حق الثبت به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال
هزینه صدور الکترونیکی سند رسمی به مبلغ: ۵۰,۰۰۰ ریال
حق التحریر به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال
بهای اوراق به مبلغ: ۳۰,۰۰۰ ریال
حق التحریر اوراق اضافه به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال
حق التحریر نفقات اضافه به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال
ماليات بر ارزش افزوده به مبلغ: ۵۴,۰۰۰ ریال
جمع کل: ۷۵۴,۰۰۰ ریال

لیلی رحمن خانی	امیر سروشه	حشمت الله شهبازی	رضا یگانه

شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی www.ssaai.ir قابل تصدیق است.
هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۲ و ۵۲۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.

رمز تصدیق: ۳۳۲۱۷۹

این سند در دفتر الکترونیک دفترخانه اسناد رسمی ۲۲۹ کرمان تحت شماره ۱۴۱۹۴ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۲۵ ثبت شده است.



سند رسمی

شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۱۵۴۳۸۰۰۰۰۰۶۳

با احراز هویت امضاء کننده امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مسطور در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۲۲۹ کرمان - حمیده سلطانی نژاد

محل امضا و مهر دفترخانه
سرکار حمیده سلطانی نژاد



سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۲۲۹ کرمان

نشانی دفترخانه: کرمان خ شهید مصطفی خمینی (شهاب) ابتدای کوچه ۳۸ - تلفن: ۰۳۴۳۳۳۳۲۲۸۹

متعهد

متعهد		آقای حسین کیانفر		۱
نام پدر: محمد	نام خانوادگی: کیانفر	نام: حسین	شماره ملی: ۰۰۵۶۳۸۴۷۷۷	
شماره تلفن: ۰۹۱۳۹۵۳۲۱۱۸	محل صدور شناسنامه: تهران	شماره شناسنامه: ۲۴۱۶	تاریخ تولد: ۱۳۵۰/۰۲/۰۱	
کد پستی: ۸۹۱۵۸۹۶۶۸۳	نشانی: یزد صفاییه شهرک اندیشه دانیال ۵			

متعهدله

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیرجان با نمایندگی خانم سعیده توکلی اله آبادی		۱		
نام شخص حقوقی: —	نام شخص حقوقی: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیرجان	شناسه ملی: —		
تاریخ ثبت: —	شماره ثبت: —	محل ثبت: —	تلفن: —	نشانی: تهران شهرک غرب ساختمان وزارت بهداشت
کد پستی: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱	نماینده: خانم سعیده توکلی اله آبادی			
نام پدر: مهدی	نام خانوادگی: توکلی اله آبادی	نام: سعیده	شماره ملی: ۵۳۵۹۹۰۴۶۰۷	
شماره تلفن: —	محل صدور شناسنامه: کوهستان	شماره شناسنامه: ۵۹	تاریخ تولد: ۱۳۴۸/۰۴/۰۲	
کد پستی: ۱۱۱۱۱۱۱۱۱۱	نشانی: کرمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان			
طبق مدرک شماره ۱۰۳۹/۱۱۴۶۵ مورخ ۱۳۹۷/۰۶/۱۰ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان				

ضامین

خانم فریبا کیانفر		۱		
نام پدر: محمد	نام خانوادگی: کیانفر	نام: فریبا	شماره ملی: ۰۰۷۲۴۸۴۴۵۴	
شماره تلفن: ۰۹۱۳۳۷۷۰۹۸۱	محل صدور شناسنامه: تهران	شماره شناسنامه: ۵۶۳۵	تاریخ تولد: ۱۳۵۲/۰۶/۳۰	
کد پستی: ۷۶۱۷۷۸۳۸۲۷	نشانی: کرمان خیابان فیروزه کوچه ۴ مجتمع سهند			
خانم فرنگیس کیانفر		۲		
نام پدر: محمد	نام خانوادگی: کیانفر	نام: فرنگیس	شماره ملی: ۲۹۹۱۴۲۷۷۳۶	
شماره تلفن: ۰۹۱۳۵۳۲۲۴۰۳	محل صدور شناسنامه: کرمان	شماره شناسنامه: ۹۵۶	تاریخ تولد: ۱۳۴۴/۰۹/۲۶	
کد پستی: ۷۶۱۹۶۸۶۸۷۹	نشانی: کرمان بلوار شیراز خیابان بوستان نبش کوچه شماره ۴			

مشخصات مورد تعهد

مورد تعهد: سهمیه مناطق محروم

شرایط و متون حقوقی

اینجانب حسین کیانفر با مشخصات فوق الذکر فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته پزشکی از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ ۱۳۹۷/۲/۶ با استفاده از سهمیه بومی موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی و



شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی www.ssab.ir قابل تصدیق است.
هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۳۲ و ۵۳۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.



سند رسمی

سردفتر ۲۲۹ کرمان - حمیده سلطانی نژاد

محل امضا و مهر دفترخانه
سرکار حمیده سلطانی نژاد

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۲۲۹ کرمان

نشانی دفترخانه: کرمان خ شهیدمصطفی خمینی(شهاب) ابتدای کوچه ۲۸ - تلفن: ۰۲۲۲۲۲۲۲۸۹

اصلاحات بعدی ان در رشته تحصیلی تخصصی جراحی عمومی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان پذیرفته شده ام با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم برابر مقررات و آیین نامه ها و دستور العمل های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا ، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم:

۱ - در رشته تخصصی جراحی عمومی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم و صرفا به امر تحصیل پرداخته و منحصر در رشته ، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم. و حق تغییر رشته را از خود ساقط میکنم.

۲ - بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی خود را به دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیرجان معرفی کنم و براساس قوانین و مقررات مربوط مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان "سه برابر" مدت تحصیل در شهرستان سیرجان تعیین شده توسط دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سیرجان خدمت نمایم.

تبصره ۱ - مستند به تبصره ماده ۶ تصویب نامه ی شماره ۷۴۴۵۰ / ت / ۵۰۹۸۲ ه مورخ ۱۳۹۵/۷/۱ به موجب عقد خارج لازم ملتزم میگردد که در خلال انجام تعهدات امکان هر گونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت.

تبصره ۲ - : با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعیت خرید و جابه جایی تعهدات موضوع این سند مطلع می باشم ، با علم و آگاهی کامل از این موضوع ، در محل تعیین شده ، خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد ، اجازه ی فعالیت در محل دیگری غیر از محل تعیین شده برای انجام تعهد نخواهم داشت.

تبصره ۳ - مستند به تبصره ی ۴ ماده واحده ی قانون اصلاح برقراری عدالت آموزشی مصوب سال ۱۳۹۲ ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود.

۳ - در صورتیکه به دلایل آموزشی ، سیاسی و اخلاقی و غیره موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل ، خود را به دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی سیرجان معرفی نکنم یا به محل تعیین شده از سوی دانشکده علوم پزشکی سیرجان و یا وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات مربوط) بر عهده گرفته ام تخلف نمایم ، متعهد می شوم "سه برابر" کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه های تحصیل ، اسکان ، حقوق و مزایای پرداختی ، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم . تشخیص وزارت مزبور راجع به





سند رسمی

سردفتر ۲۲۹ کرمان - خمیده سلطانی نژاد

محل امضا و مهر دفترخانه

سردفتر خمیده سلطانی نژاد



سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۲۲۹ کرمان

نشانی دفترخانه: کرمان خ شهیدمصطفی خمینی(شهاب) ابتدای کوچه ۳۸ - تلفن: ۰۳۴۳۳۳۳۳۳۳۳۳۳۳

وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات، قطعی و غیر قابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱: خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اصل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

تبصره ۲: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هر گونه مدارک تحصیلی از جمله ریز نمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قرار دادی موضوع این سند امکان پذیر است.

۴ - از آنجا که اعطای دانشنامه صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم دانشنامه تحصیلی و یا هر گونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعطا نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید.

۵ - طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، همواره حق دارد انجام اصل تعهد در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح میدانند از اینجانب مطالبه نماید.

۶ - ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل، و در صورت فوت، وصی است، تا نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضائی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود.

۷ - نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می باشد و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد والا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان: ۱ - فریبا کیانفر با مشخصات فوق الذکر شاغل در بیمارستان پیامبر اعظم ادرس محل کارکرمان بیمارستان پیامبر اعظم ۲ - فرنگیس کیانفر با مشخصات فوق الذکر شاغل در دانشگاه شهید باهنر کرمان ادرس محل کارکرمان دانشکده ریاضی و رایانه با آگاهی کامل از تعهدات دانشجویی، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجویی، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت و دانشکده علوم پزشکی سیرجان، عملی نشود، نقض تعهد دانشجویی به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت، حق دارد، بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد

			
سعیده توکلی اله آبادی	حسین کیانفر	فرنگیس کیانفر	فریبا کیانفر

• شناسه سند و اطلاعات اصلی این برگه، پس از امضای الکترونیک توسط سردفتر از طریق درگاه سازمان ثبت اسناد و املاک کشور به نشانی www.ssaai.ir قابل تصدیق است.
• هرگونه جعل در اسناد رسمی مشمول مواد ۵۲۲ و ۵۲۳ قانون مجازات اسلامی خواهد بود.

رمز تصدیق: ۷۷۴۱۲۷

این سند در دفتر الکترونیک دفترخانه اسناد رسمی ۲۶ سندج تحت شماره ۶۲۵۷۷ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۳ ثبت شده است.



شناسه سند: ۱۳۹۷۹۲۱۵۶۹۴۷۰۰۰۰۶۸

با احراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مستلور در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۲۶ سندج - نژاد رحمن زاده
محل امضا و مهر دفترخانه

سند رسمی

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۲۶ سندج

نشانی دفترخانه: سندج - میدان آزادی - ابتدای خیابان حسن آباد - تلفن: ۰۸۷۳۳۲۸۳۳۷۹



سند رسمی

متعهد			
۱	آقای محمدعلی صالحی فر	نام: محمدعلی	شماره ملی: ۳۲۵۵۴۹۵۵۵۵
نام پدر: عبدالحمید	نام خانوادگی: صالحی فر	شماره شناسنامه: ۱۷۳۰	تاریخ تولد: ۱۳۶۳/۰۶/۳۱
شماره تلفن: ۰۹۱۲۸۱۸۵۳۷۵	محل صدور شناسنامه: کرمانشاه	نشانی: تهران باغ فیض خیابان محمدابراهیم کوی انصافی بن بست نسترن پلاک ۴ واحد ۱۱	کد پستی: ۱۴۷۳۱۶۶۱۸۴
متعهدله			
۱	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه با نمایندگی آقای محمد نوری	نام شخص حقوقی: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه	شناسه ملی: ۱۴۰۰۰۲۷۵۹۵۰
نوع شخص حقوقی: —	محل ثبت: —	شماره ثبت: —	تاریخ ثبت: —
تلفن: —	کد پستی: ۶۷۱۴۶۹۴۷۱۱	نشانی: کرمانشاه بلوار شهید بهشتی جنب بیمارستان امام علی (ع)	نماینده: آقای محمد نوری
نام پدر: عبدالله	نام خانوادگی: نوری	نام: محمد	شماره ملی: ۳۷۲۰۰۳۴۰۵۴
شماره تلفن: —	محل صدور شناسنامه: سندج	شماره شناسنامه: ۳۷۲۰۰۳۴۰۵۴	تاریخ تولد: ۱۳۶۸/۰۴/۲۰
کد پستی: ۶۶۱۸۶۳۴۶۸۳	نشانی: سندج خیابان ابیدر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان	طبق مدرک شماره ۱۴/۸۷۵۳۳۲۴۹۳ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۰	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
ضامین			
۱	خانم فاطمه عطائی با وکالت آقای محمدعلی صالحی فر	نام: فاطمه	شماره ملی: ۳۲۵۵۵۰۶۰۹۳
نام پدر: شاپور	نام خانوادگی: عطائی	شماره شناسنامه: ۲۷۸۳	تاریخ تولد: ۱۳۶۳/۰۶/۲۹
شماره تلفن: ۰۹۱۲۸۳۸۵۶۹۰۴	محل صدور شناسنامه: کرمانشاه	نشانی: استان کرمانشاه، شهرستان کرمانشاه، بخش مرکزی، شهر کرمانشاه، فردوسی، خیابان شهید محمد سعید جعفری، کوچه شهید محمودی [۱۰۶]، پلاک ۲۴، ساختمان بارید، طبقه سوم	توضیحات: شغل کارمند دارای حکم بشماره ۴۵/۱/۲۶۶۳۸ نشانی محل کار کرمانشاه میدان فردوسی خیابان شهید صفری کوچه نوبتی کوچه ۱۱۲ کد پستی محل کار ۶۷۱۳۷۱۱۳
کد پستی: ۶۷۱۸۹۳۴۷۱۵	نشانی: استان کرمانشاه، شهرستان کرمانشاه، بخش مرکزی، شهر کرمانشاه، فردوسی، خیابان شهید محمد سعید جعفری، کوچه شهید محمودی [۱۰۶]، پلاک ۲۴، ساختمان بارید، طبقه سوم	نشانی: تهران باغ فیض خیابان محمدابراهیم کوی انصافی بن بست نسترن پلاک ۴ واحد ۱۱	کد پستی: ۱۴۷۳۱۶۶۱۸۴
کد پستی: ۶۷۱۸۶۳۴۶۸۳	نشانی: سندج خیابان ابیدر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان	طبق مدرک شماره ۱۴/۸۷۵۳۳۲۴۹۳ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۰	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه
وکیل: آقای محمدعلی صالحی فر			
۲	خانم مریم عطائی با وکالت آقای محمدعلی صالحی فر	نام: مریم	شماره ملی: ۳۲۵۵۴۹۵۵۵۵
نام پدر: شاپور	نام خانوادگی: عطائی	شماره شناسنامه: ۱۷۳۰	تاریخ تولد: ۱۳۶۳/۰۶/۳۱
شماره تلفن: ۰۹۱۲۸۱۸۵۳۷۵	محل صدور شناسنامه: کرمانشاه	نشانی: تهران باغ فیض خیابان محمدابراهیم کوی انصافی بن بست نسترن پلاک ۴ واحد ۱۱	کد پستی: ۱۴۷۳۱۶۶۱۸۴
کد پستی: ۱۴۷۳۱۶۶۱۸۴	نشانی: سندج خیابان ابیدر دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان	طبق وکالت شماره ۱۳۹۷۳۲۱۵۴۴۲۴۰۰۰۳۸۱ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۱ - دفترخانه ۲۷ کرمانشاه	

محمد نوری	محمدعلی صالحی فر
-----------	------------------



سند رسمی

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۲۶ سندج

نشانی دفترخانه: سندج - میدان آزادی - ابتدای خیابان حسن آباد - تلفن: ۰۸۷۳۳۸۳۳۷۹



نشانی: استان کرمانشاه، شهرستان کرمانشاه، بخش مرکزی، شهر کرمانشاه، کسری، کوچه بنکچی [۱۱۱]، خیابان شهید جعفری، پلاک ۰۰، مجتمع نگارستان، ۱۲۲۲۳، طبقه هفتم، واحد ۱۴

توضیحات: شغل کارمند دارای حکم بشماره ۴۵/۱/۹۰۶۷ نشانی محل کار کرمانشاه ۲۲ پیمین چهار راه نوبهار بانک مسکن شعبه فجر کدپستی محل کار ۶۷۱۴۶۸۳۵۱۴

وکیل: آقای محمدعلی صالحی فر با مشخصات مذکور

طبق وکالت شماره ۰۰۲۸۱ مورخ ۱۳۹۷۲۱۵۶۴۴۲۴ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۱ - دفترخانه ۲۷ کرمانشاه

شرایط و متون حقوقی

نظر به اینکه مقرر گردیده، اینجانب محمد علی صالحی فر (با مشخصات فوق الذکر) فارغ التحصیل مقطع عمومی رشته پزشکی از دانشگاه آزاد تهران (تهران پزشکی) که در آزمون پذیرش دستیار تخصصی مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۰۶ با استفاده از سهمیه بومی موضوع قانون برقراری عدالت آموزشی و اصلاحات بعدی آن در رشته تحصیلی تخصصی روانپزشکی در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کردستان پذیرفته شده ام، با هزینه دولت در مقطع و رشته یاد شده تحصیل نمایم، برابر مقررات و آیین نامه ها و دستورالعمل های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم الاجرا، ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم هستم:

۱. در رشته تخصصی روانپزشکی تحصیل کرده و مطابق ضوابط مربوطه دوره مذکور را به پایان رسانده، درجه تخصصی را در رشته مذکور اخذ نمایم و کلیه مقررات مربوط به دوره آموزش دستیاری و دانشگاه محل تحصیل را رعایت کنم و صرفاً به امر تحصیل پرداخته و منحصرأ در رشته، مقطع تحصیلی و دانشگاه تعیین شده ادامه تحصیل دهم و دوره تحصیلی معین شده را در مدت معمول و برابر مقررات آن با موفقیت بگذرانم و حق تنبیه رشته را از خود ساقط می کنم.

۲. بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیلی تخصصی، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه معرفی کنم و بر اساس قوانین و مقررات مربوط، مصوبات نشست های شورای آموزش پزشکی و تخصصی و سایر ضوابط مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی به میزان سه برابر مدت تحصیل، در شهرستان قصر شیرین تعیین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی استان کرمانشاه خدمت نمایم.

تبصره ۱: مستند به تبصره ماده ۶ تصویب نامه ی شماره ۵۰۹۸۲/ت/۷۴۴۵۰ مورخ ۱۳۹۵/۷/۱ به موجب عقد خارج لازم ملتزم می گردم که در خلال انجام تعهدات امکان هر گونه فعالیت تشخیصی و درمانی خارج از مراکز تعیین شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را نخواهم داشت.

تبصره ۲: با عنایت به اینکه اینجانب از قوانین و مقررات مربوطه دائر بر ممنوعیت خرید و جابه جایی تعهدات موضوع این سند مطلع می باشم، با علم و آگاهی کامل از این موضوع، در محل تعیین شده خدمت خواهم نمود و در خلال انجام تعهد، اجازه ی فعالیت در محل دیگری غیر از محل تعیین شده را نخواهم داشت. تبصره ۳: مستند به تبصره ی ۴ ماده واحده ی قانون اصلاح قانون برقراری عدالت آموزشی مصوب سال ۱۳۹۲ ادامه تحصیل اینجانب منوط به طی حداقل نیمی از تعهدات انجام شده خواهد بود.

۳. در صورتیکه به دلایل آموزشی، سیاسی، و اخلاقی و غیره، موفق به اتمام تحصیل در مدت مقرر و مطابق ضوابط آموزشی نگردم و یا از ادامه تحصیل انصراف دهم و یا بعد از پایان دوره تخصصی به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و یا بلافاصله پس از پایان دوره مجاز تحصیل، خود را به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه معرفی نکنم، یا به محل تعیین شده از سوی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه و یا وزارت بهداشت جهت انجام خدمت مراجعه نکنم، و یا صلاحیت اشتغال به کار نداشته باشم و یا پس از شروع به کار به هر علتی از موسسه محل خدمت اخراج شوم و یا ترک خدمت کنم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این قرارداد (و مقررات) برعهده گرفته ام تخلف نمایم، متعهد می شوم سه برابر کلیه هزینه های انجام شده از سوی وزارت بهداشت و دانشگاه محل تحصیل (از جمله هزینه های تحصیل، اسکان، حقوق و مزایای پرداختی، کمک هزینه تحصیلی و ...) و خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد را به صورت یکجا و بدون هیچگونه قید و شرطی به وزارت بهداشت بپردازم. تشخیص وزارت مزبور راجع به وقوع تخلف، کیفیت و کمیت و میزان هزینه ها و خسارات، قطعی و غیرقابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه خواهد بود.

تبصره ۱: خسارات مقرر در این بند، سبب معافیت اینجانب از انجام تعهد نمی شود و وزارت بهداشت می تواند علاوه بر دریافت وجه التزام یا خسارت، اجرای اتمل تعهد و انجام خدمت در محل تعیین شده در سند (یا هر محل دیگری که بعداً تعیین شود) را مطالبه نماید.

تبصره ۲: پرداخت خسارت موجب استحقاق فرد به مطالبه دانشنامه و هرگونه مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید و ارائه مدارک یاد شده صرفاً پس از انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است.

۴. از آنجاکه اعطای دانشنامه، صرفاً با انجام تعهدات قانونی و قراردادی موضوع این سند امکان پذیر است، چنانچه به هر دلیل موفق به انجام تعهدات خود نگردم، دانشنامه تحصیلی و یا هرگونه گواهی فراغت از تحصیل و مدرک تحصیلی و ریز نمرات به اینجانب اعتدلاً نخواهد شد. همچنین تا اتمام تعهدات، سند تعهد اینجانب فسخ نخواهد گردید.



محمد نوری



محمدعلی صالحی فر

با احراز هویت امضاء کننده/امضاء کنندگان ذیل سند تمام مراتب مسطور در این سند نزد اینجانب واقع شد.

سردفتر ۲۶ سندج - نژاد رحمن زاده
محل امضا و مهر دفترخانه

این سند در دفتر الکترونیک دفترخانه اسناد رسمی ۲۶ سندج تحت شماره ۶۲۵۷۷ مورخ ۱۳۹۷/۰۸/۲۳ ثبت شده است.



سند رسمی

سند تعهدنامه دانشجویی

دفترخانه اسناد رسمی ۲۶ سندج

نشانی دفترخانه: سندج - میدان آزادی - ابتدای خیابان حسن آباد - تلفن: ۰۸۲۳۲۸۲۳۷۹



۵. طرف تعهد در این سند، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است. بنابراین موافقت دانشگاه با خرید تعهد یا استعفای اینجانب در قبال پرداخت خسارت موجب برائت اینجانب از انجام تعهدات مندرج در این سند نخواهد بود و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی همواره حق دارد انجام اصل تعهدات در محل تعیین شده در سند و یا در هر محل دیگری را که صلاح می داند از اینجانب درخواست نماید.

۶. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که وزارت بهداشت از طرف اینجانب در تشخیص تخلف از تعهدات فوق و تعیین میزان خسارت و وصول آن، وکیل و در صورت فرت، وصی است، نسبت به احراز و اثبات تخلف از موارد فوق و تعیین میزان خسارت از طرف اینجانب یا خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق یا مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضایی یا مرجع دیگر جهت تعیین این موارد وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه و یا مراجع قضایی خواهد بود.

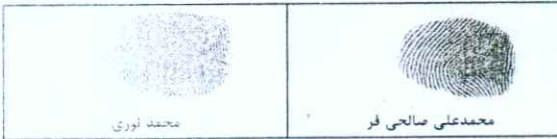
۷. نشانی اقامتگاه اینجانب، نشانی مندرج در این سند می باشد، و تمام ابلاغ های ارسالی به این محل، به منزله ابلاغ قانونی به اینجانب بوده، و چنانچه نشانی خود را تغییر دهم فوراً مراتب را به دفترخانه تنظیم کننده سند، دانشگاه محل خدمت و همچنین به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اطلاع خواهم داد، و الا ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیر قابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند اینجانبان: فاطمه عطائی و مریم عادلانی (با مشخصات فوق الذکر) با وکالت محمدعلی صالحی فر با تمامی کامل از تعهدات دانشجوی، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد می شویم که تعهدات فوق الذکر دانشجوی، تعهد اینجانبان بوده و ملتزم می شویم، چنانچه دانشجوی مذکور، به تعهدات خود به شرح فوق الذکر عمل نکند و از هر یک از تعهدات فوق تخلف کند و منظور وزارت بهداشت و دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه عملی نشود، نقض تعهد دانشجوی به منزله نقض تعهد اینجانبان بوده و وزارت بهداشت حق دارد، بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه، در مورد تخلف از هر یک از تعهدات فوق، از طریق صدور اجرائیه سه برابر هزینه های انجام شده بابت دانشجوی (به شرح فوق) به علاوه کلیه خسارات وارده را از اموال اینجانبان رأساً استیفا کند و ضمن عقد خارج لازم، وزارت مزبور را وکیل خود در زمان حیات و وصی در زمان ممات قرار دادیم تا نسبت به احراز تخلف از هر یک از تعهدات فوق و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانبان با خود مصالحه نماید و با انجام مصالحه هیچ ضرورتی جهت مراجعه به مقام قضایی یا مرجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص وزارت مذکور قطعی و غیر قابل اعتراض و موجب صدور اجرائیه خواهد بود. دانشگاه مذکور مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق و مزایای دریافتی و یا هر محل دیگری از اموال و دارایی های اینجانبان وصول کند و اینجانبان متضامناً در برابر وزارت بهداشت متعهد به انجام تعهدات فوق و جبران خسارت و پرداخت مطالبات فوق هستیم.

تبصره: تعهد و مسئولیت ضامنین با متعهد سند نسبت به انجام تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و وزارت بهداشت می تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارت مستقیماً علیه هر یک از متعهد و ضامنین و یا در آن واحد علیه تمامی آنها اجرائیه صادر و عملیات اجرائیه ثبتی را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده و یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید. این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی بین طرفین قرارداد منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است. تذکر: در صورت وجود مغایرت مفاد سند تعهد اخذ شده با فرمت مندرج در دفترچه های آزمون همان سال، ملاک مفاد سند مندرج در دفترچه خواهد بود.

هزینه های قانونی

حق الثبت به مبلغ: ۲۰,۰۰۰ ریال - شیوه پرداخت: برداشت الکترونیک/PCPOS - شماره قبض: ۵۶۹۴۷۴۱۹۷۱۱۲۹ - شماره مرجع تراکنش: ۱۲۰۸۵۸۴۶۱۱۲ - تاریخ: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳-۰۹:۱۶ - شماره کارت: ۵۰۲۲۰۰۰۰۲۰۵۲
هزینه صدور الکترونیک سند رسمی به مبلغ: ۵۰,۰۰۰ ریال - شیوه پرداخت: برداشت الکترونیک/PCPOS - شماره قبض: ۵۶۹۴۷۴۱۹۷۱۱۲۹ - شماره مرجع تراکنش: ۱۲۰۸۵۸۴۶۱۱۲ - تاریخ پرداخت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳-۰۹:۱۶ - شماره کارت: ۵۰۲۲۰۰۰۰۲۰۵۲
حق التحریر به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال - شیوه پرداخت: برداشت الکترونیک/PCPOS - شماره قبض: ۵۶۹۴۷۴۱۹۷۱۱۲۹ - شماره مرجع تراکنش: ۱۲۰۸۵۸۴۶۱۱۲ - تاریخ پرداخت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳-۰۹:۱۶ - شماره کارت: ۵۰۲۲۰۰۰۰۲۰۵۲
حق التحریر نفقات اضافه به مبلغ: ۲۰۰,۰۰۰ ریال - شیوه پرداخت: برداشت الکترونیک/PCPOS - شماره قبض: ۵۶۹۴۷۴۱۹۷۱۱۲۹ - شماره مرجع تراکنش: ۱۲۰۸۵۸۴۶۱۱۲ - تاریخ پرداخت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳-۰۹:۱۶ - شماره کارت: ۵۰۲۲۰۰۰۰۲۰۵۲
مطالبات بر ارزش افزوده به مبلغ: ۳۶,۰۰۰ ریال - شیوه پرداخت: برداشت الکترونیک/PCPOS - شماره قبض: ۵۶۹۴۷۴۱۹۷۱۱۲۹ - شماره مرجع تراکنش: ۱۲۰۸۵۸۴۶۱۱۲ - تاریخ پرداخت: ۱۳۹۷/۰۸/۲۳-۰۹:۱۶ - شماره کارت: ۵۰۲۲۰۰۰۰۲۰۵۲
جمع کل: ۵۰۶,۰۰۰ ریال



محمد نوری

محمدعلی صالحی فر