اینجانب ..................................................... فرزند ........................... شماره شناسنامه ................................. صادره از .............................. متولد ................................ متأهل مجرد فارغ التحصیل رشته.................... از دانشگاه ................................................... در سال ........................ به شماره نظام پزشکی .................................... با توجه به مساعدت دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص اعطای مجوز مطب و با علم و اطلاع کامل از مفاد این تعهدنامه که در ................ بند ذیل آورده شده است، بدینوسیله ملزم و متعهد می شوم از تاریخ توشیح تعهد ثبتی و شروع به کار، حسب مفاد تعهدنامه فعالیت و خدمت نمایم. چنانچه به هر دلیل نسبت به اجرای مفاد این تعهد تخلف و قصور نمایم، دانشگاه می تواند رأساً نسبت به لغو پروانه مطب اینجانب اقدام نماید و بنده هیچ گونه اعتراضی نخواهم داشت.

**تذکر:** این پروانه به مدت یک سال دارای اعتبار است و حسب صلاحدید معاونت درمان قابل تمدید می باشد.

|  |
| --- |
| 1-حضور در مطب شخصی صرفاً بعد از ساعت رسمی اداری کشور (از ساعت 15 به بعد) و در صورت عدم نیاز عصر، از سوی بیمارستان |
| 2-حضور در اتاق عمل و یا انجام راند بیماران بستری در بیمارستان محل خدمت طبق برنامه اعلامی ریاست بیمارستان (درصورت جراح بودن تعداد عمل جراحي انجام شده در بيمارستان در پايان هر ماه توسط بيمارستان به معاونت درمان گزارش شود .) |
| 3-حضور در درمانگاه بیمارستان طبق تایمکس و برنامه اعلامی از طرف ریاست بیمارستان (از ساعت 7:30 صبح الی 14:30) و ویزیت حدود 40-35 بیمار در برنامه روزانه در صورت مراجعه |
| 4-رعایت سقف ویزیت بیماران در مطب وفق دستورالعمل ویزیت (8 بیمار در ساعت) |
| 5-پوشش برنامه آنکالی بیمارستان وفق برنامه اعلامی ریاست بیمارستان |
| 6-ویزیت ظرف 30 دقیقه بیماران اورژانس به دنبال فراخوان بیمارستان |
| 7-رعایت اندیکاسیون اعزام بیمار به سطوح بالاتر اعم از بیمارستان قطب یا مرکز استان |
| 8-همکاری کامل با بیمارستان (یا معاونت درمان) |
| 9-جواب به مشاوره های بخش های بیمارستان حداقل 2 ساعت و اورژانسی حداکثر نیم ساعت |
| 10-پوشش روزهای تعطیل و مقیمی طبق برنامه تنظیمی بیمارستان(در صورت مقیم بودن حق حضور در مطب را ندارم.) |
| 11-عدم فعالیت در مؤسسات و بیمارستانهای خصوصی به جز مطب (ويژه ضريب k ) |
| 12-لزوم ارجاع تمام پروسیجرها و اعمال جراحی به مرکز دولتی شهرستان/شهر مربوطه |

تایید رییس بیمارستان : .....................................

(مهر و امضاء) : ........................................

تاریخ : ......................................

دکتر ............................................

مهر و امضاء ........................................

تاریخ: ......................................