



## مشخصات و تعهدات دانشجو:

اینجانب \_\_\_\_\_ فرزند \_\_\_\_\_ به شماره ملی \_\_\_\_\_ به تاریخ تولد \_\_\_\_\_  
صادر از \_\_\_\_\_ متولد (محل) \_\_\_\_\_ ساکن استان \_\_\_\_\_ شهرستان \_\_\_\_\_  
به نشانی \_\_\_\_\_ با کد پستی \_\_\_\_\_  
دانشجوی مقطع \_\_\_\_\_ رشته \_\_\_\_\_ پذیرفته شده در **دانشگاه علوم پزشکی همدان** برابر مقررات قانونی،  
آیین نامه و دستورالعمل های **وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور** و همچنین قوانین و مقررات ثبت اسناد و آیین نامه اجرای مفاد اسناد رسمی و لازم  
الاجرا در کمال صحت و با آگاهی کامل از مقررات و اختیار کامل ضمن عقد خارج لازم متعهد و ملتزم می گردم که:

۱. دوره تحصیلی در مقطع و رشته مذکور را در **معاونت بین الملل (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم پزشکی همدان** بگذرانم و کلیه مقررات مربوط به  
دانشگاه محل تحصیل و ضوابط وزارت بهداشت را رعایت کنم.

۲. در صورتی که به دلایل نقض مقررات آموزشی، سیاسی، اخلاقی و ... موفق به اتمام تحصیلات مطابق با ضوابط آموزشی نگردم یا از ادامه تحصیل  
انصراف دهم یا شهریه و هزینه های اعلام شده از سوی دانشگاه را پرداخت نکنم، متعهد می گردم که مجموع شهریه دوره و هزینه های صرف شده از  
سوی **دانشگاه علوم پزشکی همدان** را به علاوه خسارات ناشی از عدم انجام خدمات مورد تعهد به صورت یکجا و بدون هیچ گونه قید و شرطی به  
**معاونت بین الملل (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم پزشکی همدان** پرداخت کنم. تشخیص **معاونت بین الملل (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم  
پزشکی همدان** در مورد وقوع تخلف، کیفیت و میزان هزینه ها و خسارات، قطعی و غیر قابل اعتراض است و موجب صدور اجرائیه از طریق دفترخانه  
خواهد بود.

❖ تبصره: پرداخت خسارات موجب استحقاق فرد به مطالبه دانش نامه و سایر مدارک تحصیلی از جمله ریزنمرات نخواهد گردید.

۳. متعهد می گردم شهریه پرداختی برای هر نیمسال تحصیلی را که مطابق با دستورالعمل پرداخت شهریه **معاونت آموزشی وزارت بهداشت، درمان و  
آموزش پزشکی کشور** می باشد را پرداخت کنم. ضمناً از مبلغ شهریه دوره مذکور آگاهی کامل داشته و استطاعت مالی لازم برای پرداخت هزینه های  
مورد تعهد را دارم.

۴. ضمن عقد خارج لازم شرط شد که **معاونت بین الملل (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم پزشکی همدان** 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 خسارت از  
طرف اینجانب با خود توافق و مصالحه کند و در صورت توافق و مصالحه هیچ ضرورتی به مراجعه به مقام قضایی یا مراجع دیگر جهت تعیین این موارد  
وجود نخواهد داشت. در هر حال تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور در تعیین هزینه های مذکور قطعی و غیرقابل اعتراض و  
موجب صدور اجرائیه از طرف دفترخانه یا مراجع قضایی خواهد بود.

❖ تبصره: از میزان شهریه هر نیمسال و امکان افزایش سالانه آن اطلاع دارم.

۵. نشانی اقامتگاه اینجانب مطابق با 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 و **دانشگاه علوم پزشکی همدان** اطلاع خواهم داد. در غیر این صورت  
ابلاغ کلیه اوراق و اخطاریه ها به محل تعیین شده در این سند قطعی و غیرقابل اعتراض از سوی اینجانب می باشد.

این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی منعقد شده و بین طرفین لازم الاتباع است.

امضای دانشجو

تاریخ تکمیل سند: / /



## مشخصات و تعهدات ضامن:

به منظور تضمین حسن اجرای تعهدات ناشی از این سند، اینجانب \_\_\_\_\_ فرزند \_\_\_\_\_ به شماره ملی \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ صادره از \_\_\_\_\_ متولد (محل) \_\_\_\_\_ ساکن استان \_\_\_\_\_  
شهرستان \_\_\_\_\_  
به نشانی \_\_\_\_\_ با کد پستی \_\_\_\_\_  
با شغل \_\_\_\_\_ به نشانی محل کار \_\_\_\_\_ با کد پستی \_\_\_\_\_  
با آگاهی کامل از تعهدات دانشجوی با نام \_\_\_\_\_ در این سند، ضمن عقد خارج لازم و بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی متعهد  
می‌گردم که تعهدات مذکور توسط دانشجوی، تعهدات اینجانب بوده و متلزم می‌گردم:

- چنانچه دانشجوی نامبرده به تعهدات خود به شرح مذکور عمل نکرده و از هریک از تعهدات مذکور تخلف کند و منظور معاونت بین الملل (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم پزشکی همدان تحقق نیابد، نقض تعهد دانشجوی به منزله نقض تعهد اینجانب بوده و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور حق دارد بدون هیچ گونه تشریفات، به صرف اعلام به دفترخانه در مورد تخلف از هر یک از تعهدات مذکور از طریق صدور اجرائیه هزینه های انجام شده بابت دانشجوی (به شرح مذکور) به علاوه کلیه خسارات وارده را از اموال اینجانب رأساً استیفا کند.
  - ضمن عقد خارج لازم معاونت بین الملل (پردیس خودگردان) دانشگاه علوم پزشکی همدان را وکیل خود در زمان حیات و وصی خود در زمان فوت قرار دادم تا نسبت به احراز تخلف از هر یکی از تعهدات مذکور و تعیین میزان هزینه ها و خسارات و مطالبات از طرف اینجانب با خود مصالحه کند. ضمناً با انجام مصالحه هیچ ضرورتی از جهت مراجعه به مقام قضایی یا مراجع دیگر برای تعیین این موارد وجود نخواهد داشت و تعیین و تشخیص دانشگاه علوم پزشکی همدان، قطعی و غیرقابل اعتراض بوده و موجب صدور اجرائیه خواهد بود.
  - دانشگاه علوم پزشکی همدان مجاز است مطالبات خود را از محل حقوق یا هر محل دیگری از اموال و دارایی های اینجانب وصول کند و اینجانب متضامناً در برابر دانشگاه علوم پزشکی همدان متعهد به اجرای تعهدات مذکور و جبران خسارات و پرداخت مطالبات مذکور هستم.
- ❖ تبصره: تعهد و مسئولیت ضامن یا متعهد سند نسبت به اجرای تعهدات و پرداخت خسارات مندرج در این سند تضامنی است و دانشگاه علوم پزشکی همدان می‌تواند برای دریافت تمام یا بخشی از خسارات مستقیماً علیه هر یک از متعهد یا ضامن یا در آن واحد علیه هر دو آن‌ها اجرائیه صادر و عملیات اجرایی ثبتي را به منظور وصول مطالبات دولت و خسارات تعقیب نموده یا نسبت به طرح دعوا اقدام نماید.

این قرارداد بر مبنای ماده ۱۰ قانون مدنی منعقد شده و بین طرفیت لازم الاتباع است.

امضای ضامن

تاریخ تکمیل سند: / /