

تعهدنامه برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت

با عنایت به اجرای دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، موضوع ابلاغیه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اینجانب..... فرزند..... دارا، شماره شناسنامه..... شماره ملی..... و شماره نظام پزشکی..... پزشک عمومی/متخصص/فلوشیپ/فوق تخصص در رشته..... دارای رابطه استخدامی..... به عنوان پزشک بیمارستان..... پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می‌باشم و متعهد می‌گردم از تاریخ..... به طور تمام وقت و بدون انجام هر گونه فعالیت انتفاعی درمانی، با رعایت کلیه مواد و بندهای مندرج در دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیتو بخشنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه، اقدام به ویزیت بیماران نمایم و در صورت عدم رعایت مفاد و تعهدات ذکر شده به ویژه رعایت زمان استاندارد ویزیت، دانشگاه می‌تواند مقررات مندرج در دستورالعمل ابلاغی را در مورد اینجانب اعمال نماید و همچنین اینجانب هیچ‌گونه ادعایی در خصوص بهره‌مندی از مزایای برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، نخواهم داشت.

یک نسخه از متن دستورالعمل مربوطه پیوست این تعهدنامه می‌باشد.

دکتر.....

متخصص.....

پزشک ماندگار شهر/شهرستان.....

دکتر.....

معاون درمان/معاون آموزشی