



## تعهد نامه

نظر به اینکه در راستای اجرای نامه شماره ۳۱۰۰۶ مورخ ۱۴۰۲/۰۲/۰۵ بازرسی کل استان خوزستان و مطابق جزء (۲) بند (ط) تبصره ۶ قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کلیه صاحبان حرف و مشاغل پزشکی و پیراپزشکی و فروشندگان تجهیزات پزشکی مکلف گردیده اند در چهارچوب آیین نامه تبصره (۲) ماده (۱۶۹) قانون مالیات های مستقیم از پایانه های فروشگاههای استفاده نمایند و همچنین وفق بند (ل) تبصره (۱۷) قانون بودجه سال ۱۴۰۲ کلیه ارائه دهندگان خدمات اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرار داد با بیمه های درمانی پایه می باشند و با عنایت به تکالیف نظارتی ذاتی دستگاه های مجوز دهنده ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظفند صدور و تمدید مجوزهای مربوط به حرف و مراکز پزشکی را منوط به عقد قرارداد با بیمه های پایه درمانی نمایند مقرر گردیده، اینجانب ..... فرزند ..... به شماره شناسنامه .....، صادره از ..... دارای کد ملی شماره ..... متولد ..... ساکن ..... کد پستی: ..... سمت ..... متعهد میگردم:

۱- مطابق ضوابط مربوطه کلیه مقررات فوق را رعایت نمایم

۲- در صورتیکه به هر دلیل از انجام تعهد فوق الذکر استنکاف نمایم و به طور کلی چنانچه از هر یک از تعهداتی که طبق این سند برعهده گرفته ام تخلف نمایم دانشگاه علوم پزشکی می تواند مطابق مواد ۲۲ و ۲۴ قانون پایانه های فروشگاههای و سامانه مودیان مصوب ۹۸/۰۷/۲۱ و ماده (۱۵) آیین نامه اجرایی تبصره (۲) ماده (۱۶۹) اصلاحی قانون مالیات های مستقیم مصوب ۹۴/۰۴/۱۸ و همچنین به استناد ماده (۶) آیین نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه ای شاغلان حرفه های پزشکی و وابسته مصوب ۷۸/۰۴/۳۰ مطابق ماده ۲۸ قانون سازمان نظام پزشکی مصوب ۸۳/۰۱/۲۵، برابر قوانین و مقررات فوق الاشاره با اینجانب برخورد قانونی نماید.

### امضا و اثر انگشت

این نامه در سیستم اتوماسیون اداری دانشگاه (OAS) ایجاد شده است و بدون مهر برمیسته فاقد اعتبار می باشد.

اهواز - امانیه - خیابان خرم - ساختمان معاونت درمان

کد پستی: ۶۱۳۳۷-۴۴۱۵۱ تلفن: ۰۶-۳۳۳۳۷۰۶۴-۶ دورنگار ۰۶۱-۳۳۳۳۳۰۹۲

آدرس پورتال معاونت درمان: <http://vchmedical.ajums.ac.ir>