



فرم قرارداد حق محرومیت از مطب اعضای هیأت علمی

این قرارداد با توجه به تبصره یک قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب مصوب ۱۳۶۶/۹/۲۲ و اصلاحیه مورخ ۱۳۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی و مصوبه مورخ ۱۳۶۷/۸/۱ هیأت محترم وزیران، و ماده ۴۹ آیین نامه اداری استخدامی و اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور مصوب اردیبهشت سال ۱۳۹۱، بین خانم/آقای که در این قرارداد به عنوان طرف قرارداد و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم که در این قرارداد به عنوان دانشگاه نامیده می شود، با شرایط و مشخصات زیر منعقد می گردد.

- مشخصات عضو هیأت علمی طرف قرارداد:

نام: نام خانوادگی: شماره ملی: نام پدر:
 آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد Ph.D. تخصص فلو یا فوق تخصص
 رشته تحصیلی: مرتبه علمی: گروه آموزشی: دانشکده:
 وضعیت استخدام: رسمی پیمانی قراردادی متعهد خدمت مشمول ماده یک
 شماره حساب بانکی (ترجیحاً بانک رفاه):

- مدت قرارداد:

مدت زمان قرارداد از تاریخ لغایت می باشد.

- شرایط قرارداد:

- طرف قرارداد متعهد می گردد تا به طور تمام وقت (۵۴ ساعت در هفته) و بر اساس برنامه تنظیمی دانشگاه انجام وظیفه نماید.
- طرف قرارداد شرعاً و قانوناً متعهد می گردد به هیچ وجه در خارج از دانشگاه در رشته تخصصی خود به کار انتفاعی نپردازد.
- طرف قرارداد متعهد می گردد تا در صورت شروع به اشتغال قانونی در رشته تخصصی در خارج از دانشگاه مراتب را کتبا و طی نامه رسمی از طریق واحد محل خدمت به معاونت آموزشی دانشگاه اعلام نماید تا نسبت به لغو قرارداد حق محرومیت از مطب اقدام گردد.
- در صورتی که طرف قرارداد در خارج از دانشگاه به کار انتفاعی در رشته تخصصی خود اشتغال داشته باشد و طبق بند ۳ عمل ننماید دانشگاه می تواند رأساً ضمن لغو قرارداد نسبت به کسر کلیه مبالغی که تحت عنوان حق محرومیت از مطب به وی پرداخت نموده اقدام نماید.
- دانشگاه متعهد می گردد تا در صورت تحقق بندهای ۱ و ۲ و در مقابل گواهی انجام خدمت تمام وقت جغرافیایی عضو هیأت علمی طرف قرارداد، ماهیانه درصدی از جمع حقوق مبنا و فوق العاده مخصوص حکم کارگزینی ایشان را پس از کسر کسورات قانونی به وی پرداخت نماید.

- این قرارداد در ۳ نسخه تهیه و به امضای طرفین رسیده و هر نسخه در حکم واحد می باشد.

نام و نام خانوادگی طرف قرارداد
امضاء

رئیس دانشکده
امضاء

دبیر امور هیأت علمی
امضاء

رئیس دانشگاه یا نماینده مجاز
امضاء



شماره:

تاریخ:

فرم قرارداد حق محرومیت از مطب اعضای هیأت علمی

این قرارداد با توجه به تبصره یک قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب مصوب ۱۳۶۶/۹/۲۲ و اصلاحیه مورخ ۱۳۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی و مصوبه مورخ ۱۳۶۷/۸/۱ هیأت محترم وزیران، و ماده ۴۹ آیین نامه اداری استخدامی و اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور مصوب اردیبهشت سال ۱۳۹۱، بین خانم/آقای که در این قرارداد به عنوان طرف قرارداد و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم که در این قرارداد به عنوان دانشگاه نامیده می شود، با شرایط و مشخصات زیر منعقد می گردد.

- مشخصات عضو هیأت علمی طرف قرارداد:

نام: نام خانوادگی: شماره ملی: نام پدر:
 آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد Ph.D. تخصص فلو یا فوق تخصص
 رشته تحصیلی: مرتبه علمی: گروه آموزشی: دانشکده:
 وضعیت استخدام: رسمی پیمانی قراردادی متعهد خدمت مشمول ماده یک
 شماره حساب بانکی (ترجیحاً بانک رفاه):

- مدت قرارداد:

مدت زمان قرارداد از تاریخ لغایت می باشد.

- شرایط قرارداد:

- ۱) طرف قرارداد متعهد می گردد تا به طور تمام وقت (۵۴ ساعت در هفته) و بر اساس برنامه تنظیمی دانشگاه انجام وظیفه نماید.
- ۲) طرف قرارداد شرعاً و قانوناً متعهد می گردد به هیچ وجه در خارج از دانشگاه در رشته تخصصی خود به کار انتفاعی نپردازد.
- ۳) طرف قرارداد متعهد می گردد تا در صورت شروع به اشتغال قانونی در رشته تخصصی در خارج از دانشگاه مراتب را کتباً و طی نامه رسمی از طریق واحد محل خدمت به معاونت آموزشی دانشگاه اعلام نماید تا نسبت به لغو قرارداد حق محرومیت از مطب اقدام گردد.
- ۴) در صورتی که طرف قرارداد در خارج از دانشگاه به کار انتفاعی در رشته تخصصی خود اشتغال داشته باشد و طبق بند ۳ عمل ننماید دانشگاه می تواند رأساً ضمن لغو قرارداد نسبت به کسر کلیه مبالغی که تحت عنوان حق محرومیت از مطب به وی پرداخت نموده اقدام نماید.
- ۵) دانشگاه متعهد می گردد تا در صورت تحقق بندهای ۱ و ۲ و در مقابل گواهی انجام خدمت تمام وقت جغرافیایی عضو هیأت علمی طرف قرارداد، ماهیانه درصدی از جمع حقوق مبنا و فوق العاده مخصوص حکم کارگزینی ایشان را پس از کسر کسورات قانونی به وی پرداخت نماید.

- این قرارداد در ۳ نسخه تهیه و به امضای طرفین رسیده و هر نسخه در حکم واحد می باشد.

رئیس دانشگاه یا نماینده مجاز
امضاء

دبیر امور هیات علمی
امضاء

رئیس دانشکده
امضاء

نام و نام خانوادگی طرف قرارداد
امضاء

رونوشت:

- عضو هیات علمی طرف قرارداد

بِسْمِ اللَّهِ

شماره:

تاریخ:

فرم قرارداد حق محرومیت از مطب اعضای هیأت علمی

این قرارداد با توجه به تبصره یک قانون اجازه پرداخت حق محرومیت از مطب مصوب ۱۳۶۶/۹/۲۲ و اصلاحیه مورخ ۱۳۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی و مصوبه مورخ ۱۳۶۷/۸/۱ هیأت محترم وزیران، و ماده ۴۹ آیین نامه اداری استخدامی و اعضای هیأت علمی دانشگاه های علوم پزشکی کشور مصوب اردیبهشت سال ۱۳۹۱، بین خانم/آقای که در این قرارداد به عنوان طرف قرارداد و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم که در این قرارداد به عنوان دانشگاه نامیده می شود، با شرایط و مشخصات زیر منعقد می گردد.

- مشخصات عضو هیأت علمی طرف قرارداد:

نام: نام خانوادگی: شماره ملی: نام پدر:
آخرین مدرک تحصیلی: کارشناسی ارشد Ph.D. تخصص فلو یا فوق تخصص
رشته تحصیلی: مرتبه علمی: گروه آموزشی: دانشکده:
وضعیت استخدام: رسمی پیمانی قراردادی متعهد خدمت مشمول ماده یک
شماره حساب بانکی (ترجیحاً بانک رفاه):

- مدت قرارداد:

مدت زمان قرارداد از تاریخ لغایت می باشد.

- شرایط قرارداد:

- ۱) طرف قرارداد متعهد می گردد تا به طور تمام وقت (۵۴ ساعت در هفته) و بر اساس برنامه تنظیمی دانشگاه انجام وظیفه نماید.
- ۲) طرف قرارداد شرعاً و قانوناً متعهد می گردد به هیچ وجه در خارج از دانشگاه در رشته تخصصی خود به کار انتفاعی نپردازد.
- ۳) طرف قرارداد متعهد می گردد تا در صورت شروع به اشتغال قانونی در رشته تخصصی در خارج از دانشگاه مراتب را کتباً و طی نامه رسمی از طریق واحد محل خدمت به معاونت آموزشی دانشگاه اعلام نماید تا نسبت به لغو قرارداد حق محرومیت از مطب اقدام گردد.
- ۴) در صورتی که طرف قرارداد در خارج از دانشگاه به کار انتفاعی در رشته تخصصی خود اشتغال داشته باشد و طبق بند ۳ عمل ننماید دانشگاه می تواند رأساً ضمن لغو قرارداد نسبت به کسر کلیه مبالغی که تحت عنوان حق محرومیت از مطب به وی پرداخت نموده اقدام نماید.
- ۵) دانشگاه متعهد می گردد تا در صورت تحقق بندهای ۱ و ۲ و در مقابل گواهی انجام خدمت تمام وقت جغرافیایی عضو هیأت علمی طرف قرارداد، ماهیانه درصدی از جمع حقوق مبنا و فوق العاده مخصوص حکم کارگزینی ایشان را پس از کسر کسورات قانونی به وی پرداخت نماید.

- این قرارداد در ۳ نسخه تهیه و به امضای طرفین رسیده و هر نسخه در حکم واحد می باشد.

رئیس دانشگاه یا نماینده مجاز
امضاء

دبیر امور هیات علمی
امضاء

رئیس دانشکده
امضاء

نام و نام خانوادگی طرف قرارداد
امضاء

رونوشت:

- حسابداری معاونت آموزشی