

فرم تعهد مبنی بر تسویه با صندوق رفاه دانشجویان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

اینجانب فرزند متولد سال دارای شناسنامه شماره

صادره از ساکن (نشانی کامل)

که در امتحان پذیرش دانشجو در دوره روزانه / شبانه رشته های تحصیلی گروههای آموزشی مختلف از دوره
 کاردانی (فوق دیپلم) به دوره کارشناسی ناپیوسته سال ۱۳۹۴ در گروه آزمایشی در رشته

مقطع کارشناسی ناپیوسته دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی پذیرفته شده ام باتوجه
 به ضیق وقت بدینوسیله متعهد می شوم که هنگام ثبت نام در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۵ - ۹۴ گواهی دال بر تسویه حساب
 یا موافقت صندوقهای رفاه دانشجویان وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی را براساس دستورالعمل بازپرداخت وامهای رفاه
 دانشجویان مصوبه جلسه هیات وزیران مورخ ۸۲/۵/۲۳ به آموزش دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تحویل دهم
 و در صورت عدم تحویل گواهی فوق ، آن آموزش اجازه دارد که از ثبت نام اینجانب در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۵ - ۹۴ جلوگیری
 به عمل آورده و در اینصورت اینجانب حق هیچگونه اعتراضی را نخواهم داشت .

امضا و تاریخ :