

## فرم تعهدنامه

اینجانب آقای / خانم ..... پزشک عمومی / متخصص / کارشناس ..... دارای  
شماره نظام پزشکی ..... متقاضی تاسیس / مسوول فنی مرکز / واحد درمان وابستگی به مواد مخدر  
با داروهای آگونیست عطف به بخشنامه شماره ۴۰۰/۱۱۳۵ د مورخ ۹۳/۰۱/۳۱ متعهد می شوم در  
صورت نیاز بیمارستان ها و مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به خدمات اینجانب ،  
همکاری لازم را در این زمینه داشته باشم و در صورت تخلف از این موضوع ، دانشگاه مجاز خواهد بود  
پروانه بهره برداری / مسوول فنی / مجوز راه اندازی واحد آگونیست صادر شده را به صورت یکطرفه و  
بدون طرح در مراجع قضایی ابطال نموده و حق هیچگونه اعتراضی نخواهم داشت .

نام و نام خانوادگی - امضاء و درج مهر نظام پزشکی