****

تاریخ: ..../..../....

شماره: ..../..../....

**« تعهد نامه برنامه ارتقاءکیفیت خدمات ویزیت »**

با عنایت به اجرای دستورالعمل ارتقاء کیفیت خدمت ویزیت از مجموعه دستورالعملهای مرحله اول برنامه تحول نظام سلامت موضوع ابلاغیه شماره 89/100 مورخ 7/2/93 وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی ، اینجانب............................................فرزند.........................با.شماره.شناسنامه...........................وکدملی......................... باشماره نظام پزشکی .............................. پزشک عمومی/PHD/متخصص/ فلوشیپ/ فوق تخصص در رشته.......................... دارای رابطه استخدامی...................................... به عنوان پزشک کلینیک های تخصصی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه / بیمارستان.................................... شهرستان..........................................پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می باشم و متعهد میگردم از تاریخ / / لغایت / / بطور تمام وقت و بدون انجام هر گونه فعالیت انتفاعی درمانی، با رعایت کلیه موارد و بندهای مندرج در دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت و بخشنامه های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان وآموزش پزشکی مرتبط با این برنامه اقدام به ویزیت بیماران نمایم ودرصورت عدم رعایت مفاد وتعهدات ذکرشده به ویژه رعایت زمان استاندارد ویزیت دانشگاه میتواند مقررات مندرج در دستورالعمل ابلاغی را درمورد اینجانب اعمال نماید وهمچنین اینجانب هیچگونه ادعایی درخصوص بهره مندی از مزایای برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت نخواهم داشت. درضمن کلیه دستورالعملها و بخشنامه های ابلاغی وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی درخصوص برنامه ارتقاء کیفیت ویزیت جزء لاینفک این تعهد نامه بوده ولازم الاجراء وبرقرار میباشد.

این تعهد نامه در سه نسخه تهیه وتنظیم میگردد. (دونسخه جهت طرفین تعهد ویک نسخه جهت معاونت درمان)

سرپرست شبکه بهداشت ودرمان شهرستان/ریاست بیمارستان:

نام ونام خانوادگی وامضاء

نام ونام خانوادگی وامضاء مدیریت کلینیک ویژه :

پزشک طرف تعهد نامه :

نام ونام خانوادگی- مهر وامضاء