

تعهدنامه برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت

با عنایت به اجرای دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، موضوع ابلاغیه شماره ۱۰۰/۸۹ مورخ ۹۳/۲/۷ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اینجانب فرزند دارای شماره شناسنامه شماره ملی و شماره نظام پزشکی پزشک عمومی متخصص فلوشیپ / فوق تخصص در رشته دارای رابطه استخدامی به عنوان پزشک بیمارستان پس از مطالعه کامل جزئیات دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت، متقاضی برخورداری از مزایای این برنامه می‌باشم و متعهد می‌گردم از تاریخ به طور تمام‌وقت درمانی / تمام وقت هیئت علمی جغرافیایی و بدون انجام هر گونه فعالیت انتفاعی درمانی، با رعایت کلیه موارد و بندهای مندرج در دستورالعمل برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت و بخشنامه‌های ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط با این برنامه، اقدام به ویزیت بیماران نمایم و در صورت عدم رعایت مفاد و تعهدات ذکر شده، به ویژه رعایت زمان استاندارد ویزیت، دانشگاه می‌تواند مقررات مندرج در دستورالعمل ابلاغی را در مورد اینجانب اعمال نماید و همچنین اینجانب هیچ گونه ادعایی در خصوص بهره‌مندی از مزایای برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت نخواهم داشت.

شماره تماس پزشک:

دکتر اسعد فتحی پور

مهر و امضاء دکتر

معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی کردستان

پزشک متعهد در برنامه ارتقای کیفیت خدمت ویزیت