

قرارداد طرح تمام وقتی اعضای هیات علمی علوم پایه

بموجب قانون اصلاح قانون پرداخت حق محرومیت از مطب مصوب ۷۵/۱۰/۱۲ مجلس شورای اسلامی، این قرارداد بین دانشگاه علوم پزشکی مشهد و آقای دکتر فرزند: شماره شناسنامه با مشخصات و شرایط زیر منعقد می‌گردد:

مشخصات طرف قرارداد:

آخرین مدرک تحصیلی: MD PhD MD/PhD فلوشیپ یا فوق تخصص در رشته:

شاغل در گروه آموزشی:

با عنوان دانشگاهی:

مسئولیت های آموزشی - اجرائی در گروه/ دانشکده:

۱. اخذ جایزه از جشنواره شهید مطهری امتیاز پژوهشی سال گذشته: امتیاز آموزشی سال گذشته: (قابل اجرا از سال ۹۱)

عضو هیات علمی آموزشی عضو هیات علمی پژوهشی

الف- دارای هیچگونه کار انتفاعی نمیباشم ب- دارای کار انتفاعی در دانشگاه می‌باشم ج- دارای کار انتفاعی و یا مسئولیت

فنی در خارج از دانشگاه می‌باشم

مدت قرارداد: از تاریخ لغایت:

موارد قرارداد:

۱. استفاده کنندگان از حق محرومیت از مطب، موظفند علاوه بر تدریس موظف اعم از آموزش نظری، عملی، کارورزی و ... به میزان ۵۴ ساعت در هفته در محل کار حضور داشته و در صورت نیاز دانشگاه تا ۵۰٪ ساعات تدریس موظف بدون دریافت حق التدریس، مطابق برنامه گروه تدریس اضافی داشته باشند.

۲. کسب حداقل امتیازات آموزشی - پژوهشی - اجرائی و خدماتی ابلاغی در قانون ترفیع و رکود اعضای هیات علمی

۳. همکاری فعال با گروه مربوطه، گروه توسعه آموزش و معاونین آموزشی و پژوهشی بر حسب اعلام نیاز مسئولین مربوطه

۴. حق محرومیت از مطب در ازای انجام امور مورد تعهد و با ارائه گواهی حسن انجام کار از واحد مربوطه و از محل اعتبار اختصاص یافته موضوع این قانون قابل پرداخت خواهد بود.

۵. استفاده کنندگان از حق محرومیت از مطب مجاز نمی‌باشند خدمات پزشکی، پیراپزشکی، تخصصی و هر گونه خدمات و اشتغالات انتفاعی خود را در خارج از دانشگاه اعم از بخش خصوصی، خیریه، دولتی، داروخانه و غیره ارائه نمایند.

۶. همکاری با کلینیک ویژه و مراکز وابسته دانشگاه و یا هر محلی که هیئت رئیسه دانشگاه براساس نیاز جامعه صلاح دانسته و موافقت نماید، امکان پذیر خواهد بود.

۷. در صورتیکه طرف قرارداد مایل به ادامه همکاری نباشد، مراتب را سه ماه قبل به صورت کتبی به رئیس دانشکده اعلام نماید.

۸. در صورتیکه اثبات گردد طرف قرارداد در طول مدتی که مشمول این قرارداد بوده، مفاد آن را نادیده گرفته و در بخش خصوصی به نحوی از انحاء دارای فعالیت انتفاعی بوده، کلیه مبالغ پرداخت شده به وی در ایام مربوط به فعالیت انتفاعی، بازپس گرفته خواهد شد.

اینجانب با اطلاع از دستورالعملهای مربوطه خود را متعهد به اجرای کامل آن میدانم امضای طرف قرارداد:

ضمن تأیید مشخصات طرف قرارداد با پرداخت طرح تمام وقتی نامبرده موافقت می‌گردد:

امضاء	نام و نام خانوادگی	
		مدیر گروه
	دکتر محسن نعمتی	معاون آموزشی تحصیلات تکمیلی
	دکتر علی بهاری	معاون آموزشی پزشکی عمومی
	دکتر سید علی علمداران	رئیس دانشکده