****

دانشگاه علوم پزشکی همدان

معاونت تحقیقات و فناوری- مدیریت امور تحقیقات

**تعهد نامه مجري طرح تحقيقاتي**

اينجانب ............................................................................................. فرزند .............................................................. به شماره شناسنامه .............................................................. كد ملي .............................................................. عضو هيئت علمي دانشكده .............................................................. دانشگاه علوم پزشكي همدان

متعهد مي گردم كه بر اساس موازين و مقررات مربوطه اقدامات لازم جهت اجراي مطلوب طرح بعمل آورده و مبالغي كه كامل با ارائه مدارك هزينه با دانشگاه تسويه حساب نمايم و در صورتي كه به دلايل غيرموجه و خارج از موازين، انجام طرح را رها نمايم و يا به تعهدات عمل ننمايم خسارت وارده را جبران نموده و دانشگاه نيز مجاز خواهد بود راساً مبالغ مذكور به انضمام خساراتي را كه از اين بابت به دانشگاه وارد مي گردد را بصورت يكجا يا به هر نحوي كه صلاح بداند از حقوق اينجانب برداشت يا از طريق قانوني پيگيري نمايد و ضمناً اينجانب متعهد مي‏گردم در صورت انتقال يا اتمام خدمت نسبت به واگذاري طرح به ديگر اعضاء هيئت علمي به موافقت معاونت تحقيقات اقدام نمايم تشخيص دانشگاه در خصوص موضوع معنونه كيفيت و كميت و ميزان خسارات وارده قطعي و غيرقابل اعتراض است و اين سند بدون نياز به رسيدگي قضايي و حسب اعلام دانشكده مربوطه قابل اجرا مي باشد. (لطفا این فرم در دو نسخه پر شود.)

**شماره حساب بانک رفاه:**  ............................................

**عنوان طرح :** .....................................................................................................................................................................................................................................................................

**تاريخ** ..................................................................... **نام و نام خانوادگي** .................................................................................................................. **امضاء**

**اينجانب** .................................................................................... **مدير امور مالي دانشكده** ............................................................................... **اصالت امضاء**

**آقاي / خانم** ..........................................................................................................  **را گواهي مي نمايم.**

تاريخ: امضاء