



مرکز تحقیقات کاربردی دارویی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مرکز تحقیقات کاربردی دارویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



رئیس محترم مرکز تحقیقات کاربردی دارویی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

احتراماً بدینوسیله آقای / خانم دانشجوی مقطع رشته دانشکده دانشگاه جهت انجام امور مربوط به پایان نامه / طرح تحقیقاتی با عنوان در آزمایشگاه

این مرکز از تاریخ لغایت به سرپرستی اینجانب دکتر مشغول خواهند بود لذا خواهشمند است دستور فرمائید نسبت به صدور کارت ورود و خروج ایشان مطابق زمان بندی زیر اقدام لازم معمول گردد.

ایام کاری هفته: فقط ساعات اداری ۸-۱۴ و یا ساعات غیر اداری ۱۴-۲۲
روزهای جمعه: فقط ۸-۱۴ و یا ۱۴-۲۲

امضاء استاد راهنما / مجری طرح

* در صورتیکه برای انجام پروژه زمانبندی خاصی خارج از انتخابهای فوق لازم است نیاز به درخواست کتبی و هماهنگی قبلی با آزمایشگاه و مرکز دارد.

| | | | |
|---|---|------------------------------|--------------------------|
| شماره پایان نامه: عنوان پایان نامه: | نام و نام خانوادگی: رشته: مقطع تحصیلی: دانشگاه: دانشکده: | | |
| | استاد راهنما: | استاد مشاور: | تاریخ شروع پایان نامه: |
| برآورد هزینه پایان نامه: | نوع همکاری مرکز تحقیقات: | برآورد مدت اجرای پایان نامه: | همکاران از مرکز تحقیقات: |
| طرح تحقیقاتی | هزینه پایان نامه از چه منبع یا منابعی تهیه خواهد شد. (حتماً یکی از موارد ذیل علامت زده شود) | | |
| | <input type="checkbox"/> طرح تحقیقاتی مصوب ، نام طرح: | | |
| | نام مجری طرح: | محل تصویب طرح: | هزینه طرح: |
| | چه مقدار از هزینه طرح مربوط به پایان نامه است: | | |
| <input type="checkbox"/> دانشکده یا دانشگاه مربوطه، لطفاً میزان و چگونگی آن توضیح داده شود: | | | |
| <input type="checkbox"/> منابع دیگر لطفاً توضیح داده شود: | | | |
| اینجانب دکتر | ضمن تایید صحت مطالب مندرج در این پرسش نامه متعهد می شوم مبلغ | | ریال |
| را که بابت هزینه پایان نامه فوق الذکر می باشد، طی مدت | ماه از منابع مالی مربوط تامین و به حساب مرکز تحقیقات | تاریخ و امضاء | |

امضاء رئیس آزمایشگاه

امضاء استاد راهنما / مجری طرح

امضاء دانشجو/ همکار طرح

نظریه رئیس مرکز:

۱- صدور کارت تردد به نامبرده بلامانع می باشد

۲-

امضاء رئیس مرکز

باسمه تعالی

تعهدنامه دانشجو / همکار طرح

اینجانب دانشجو/ همکار طرح مقطع رشته دانشکده دانشگاه جهت انجام امور مربوط به پایان نامه / طرح تحقیقاتی مصوب خود با عنوان : لغایت در مرکز تحقیقات کاربردی داروئی مشغول خواهم بود، رعایت موارد ذیل را متعهد می شوم:

۱- کلیه اصول مقررات و نکات ایمنی مربوط به آزمایشگاه و پروژه مربوطه را بطور کامل از استاد راهنما آموزش دیده و ملزم به رعایت دقیق مقررات مربوطه خواهم بود بطوریکه در صورت بروز هرگونه خسارت و یا حادثه ناگواری مسئولیت بر عهده اینجانب خواهد بود.

۲- کارت الکترونیکی خود را پس از اتمام دوره همکاری به استاد راهنمای خود تحویل دهم.

۳- کارت الکترونیکی تنها مختص تردد اینجانب به مرکز تحقیقات کاربردی داروئی و آزمایشگاه های تعریف شده بوده و نباید در اختیار غیر قرار گرفته یا جهت دسترسی به سایر آزمایشگاه ها مورد تست یا استفاده قرار گیرد.

۴- در صورت مفقودی کارت، در اولین فرصت به واحد صدور کارت مرکز اطلاع خواهم داد (تلفن ۰۴۱۳۳۳۶۲۷۰۰ - داخلی ۲۹۳) و مسئولیت عواقب احتمالی سوء استفاده از کارت به عهده اینجانب می باشد.

۵- صدور کارت جدید مشمول پرداخت هزینه اعلامی (یک میلیون ریال) از طرف مرکز تحقیقات بوده و اینجانب موظف به پرداخت هزینه خواهم بود.

۶- یک نسخه از پایان نامه خود را با درج نام مرکز در روی جلد و صفحه اول به مرکز تحقیقات تحویل دهم و در کلیه برون دادهای مادی و معنوی حاصل از این پایان نامه اعم از مقاله، ثبت اختراع و... کلیه حقوق قانونی مرکز تحقیقات را رعایت نمایم.

۷- در تمام مقالات و خلاصه مقالات چاپ شده یا پذیرفته شده مستخرجه از این کار تحقیقاتی، در ذیل آدرس مولفین، آدرس مرکز تحقیقات را بعنوان آدرس اول خود یا آدرس اول استاد راهنما قید نموده و کپی آنها را به مرکز تحقیقات تحویل دهم.

۸- کپی تمام خلاصه مقالات ارائه شده در گنگره ها و سمینارها به همراه گواهی شرکت و کپی صفحه اول کتابچه گنگره و سمینار را به مرکز ارائه نمایم.

۹- ملزم به رعایت کلیه مقررات، آئین نامه ها و اصول اخلاقی کار در مرکز تحقیقات کاربردی دارویی بوده و همواره در ساعات حضور در مرکز از روپوش سفید استفاده نموده و کارت تردد را به آن الصاق خواهم کرد.

۱۰- مرکز مختار است از مجاری قانونی نسبت به جبران خسارات وارده ناشی از عملکرد ناصحیح اینجانب به اموال مرکز اقدام نماید.

نام و نام خانوادگی دانشجو

امضاء و اثر انگشت

تاریخ

شماره تماس



مرکز تحقیقات کاربردی دارویی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز

باسمه تعالی



رشته داروسازی
فصلت بهداشتی دوائی تبریز

تعهدنامه استاد راهنما / مجری طرح

بدینوسیله اینجانب دکتر..... ضمن معرفی آقای / خانم دانشجوی / همکار طرح مقطع رشته..... دانشکده..... دانشگاه..... جهت انجام امور تحقیقاتی مربوط به پایان نامه / طرح تحقیقاتی مصوب خود با عنوان که در مرکز تحقیقات کاربردی دارویی تحت سرپرستی و راهنمایی اینجانب اجرا خواهد شد.

مراتب هفت گانه زیر را تعهد می نمایم:

۱- کلیه اصول، مقررات و نکات ایمنی مربوط به آزمایشگاه و پروژه مربوط را به دانشجوی / همکار طرح آموزش داده و وی را ملزم به رعایت مقررات مربوط خواهیم کرد بطوریکه در صورت بروز هرگونه خسارت، حادثه ناگوار و یا انجام امور خلاف اخلاق پژوهشی مسئولیت کامل بر عهده اینجانب خواهد بود.

۲- کارت الکترونیکی تحویل داده شده به دانشجوی / همکار طرح را پس از اتمام دوره همکاری از وی اخذ و به واحد صدور کارت مرکز تحویل و رسید دریافت کنم.

۳- تذاکرات لازم را به دانشجوی / همکار طرح خواهیم داد که کارت صادر شده مخصوص استفاده وی بوده و مسئولیت عواقب ناشی از هرگونه سوء استفاده از کارت توسط افراد غیر به عهده اینجانب خواهد بود.

۴- یک نسخه از پایاننامه دانشجوی را حداکثر تا ۲ ماه پس از دفاع پایاننامه به مرکز تحقیقات کاربردی دارویی تحویل خواهیم داد.

۵- مسئولیت کامل عملکرد دانشجوی نامبرده در طول انجام پروژه در مرکز تحقیقات کاربردی دارویی بر عهده اینجانب بوده و نسبت به جبران خسارات وارده به اموال مرکز از طرف ایشان متعهد خواهیم بود.

۶- به مرکز تحقیقات کاربردی دارویی این اختیار را میدهم که در جهت جبران خسارت وارده ناشی از هر یک از مراتب فوق نسبت به کسر حقوق و مزایای ماخوذه اینجانب از دانشگاه راساً اقدام نماید.

۷- در کلیه بروندهای مادی و معنوی حاصل از این پایان نامه / پروژه تحقیقاتی اعم از مقاله، ثبت اختراع و... کلیه حقوق قانونی مرکز را رعایت نمایم. در تمام مقالات و خلاصه مقالات مستخرجه در ذیل آدرس مولفین، آدرس مرکز تحقیقات کاربردی دارویی را به عنوان آدرس اول خود یا آدرس اول دانشجوی (نفر اول مقاله) قید نموده و کپی آنها را به مرکز تحقیقات تحویل دهم.

نام و نام خانوادگی استاد راهنما/مجری طرح امضاء و تاریخ

مدارک مورد نیاز برای اخذ کارت الکترونیکی:

۳ قطعه عکس ۳*۴

کپی شناسنامه

کپی کارت ملی

کپی کارت دانشجویی

کپی نامه تصویب پایانامه در دانشکده/ دانشگاه مربوطه (برای دانشجویان)

دانشجویان غیر علوم پزشکی تبریز ، مستندات لازم (پروپوزال ، فرم رضایتنامه آگاهانه ، ملاحظات اخلاقی ، پرسشنامه، تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه مبدا)

شماره شناسنامه:

نام پدر:

نام ، نام خانوادگی:

کدملی:

صادره از:

محل تولد:

آدرس محل سکونت:

آدرس خوابگاه:

تلفن ثابت:

تلفن همراه:

متعهد می شوم نسبت به رعایت دقیق مقررات و آیین نامه های مرکز اقدام

اینجانب ضمن دریافت کارت شماره

نمایم در غیر این صورت،مسئولیت عدم اجرای ضوابط مرکز متوجه اینجانب خواهد شد.

ساعت:

تاریخ:

امضاء تحویل گیرنده: