

## تفاهم نامه همکاری فی مابین

### مرکز آموزش درمانی ضیائیان و دانشکده طب سنتی امیرکبیر دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه:

به منظور ایجاد و گسترش و همفکری و همکاریهای آموزشی- پژوهشی فی مابین، این تفاهم نامه مابین مرکز آموزشی درمانی ضیائیان به نمایندگی سرکار خانم دکتر نگار امیدی (سرپرست مرکز توسعه و تحقیقات بالینی مرکز آموزشی درمانی ضیائیان) و دانشکده طب سنتی امیرکبیر به نمایندگی سرکار خانم دکتر .....(معاون پژوهشی دانشکده طب سنتی امیرکبیر) توافق و به امضاء می‌رسد. با امضای این تفاهم نامه طرفین حد اعلا تلاش خویش را در جهت گسترش توان ملی در حل مشکلات و معضلات علمی- تحقیقاتی موضوع این تفاهم نامه مبذول داشته و از هیچ کوششی در این جهت خودداری نخواهند نمود.

ماده ۱- موضوع

الف- اجرای پروژه های تحقیقاتی- کاربردی مشترک

ب- بهره گیری متقابل از توان و دانش اعضای هیات علمی برای برگزاری کارگاه، ارائه خدمات در پایان نامه ها و طرحهای تحقیقاتی اعم از راهنمایی، مشاوره، داوری و نظارت

ماده ۲- تعهدات طرفین

الف- طرفین قرارداد متعهد می شوند که در صورت استفاده از امکانات طرف مقابل تمام ضوابط و قوانین عمومی حاکم بر این اماکن را رعایت نمایند.

ب- اجرای پروژه های تحقیقاتی مشترک با داشتن معرفی نامه رسمی از معاونت پژوهشی طرف مربوطه و تایید معاونت پژوهشی طرف مقابل امکانپذیر است.

ج- جهت انجام پروژه های تحقیقاتی مشترک لازم است یکی از اعضای هیات علمی طرفین به عنوان همکار طرح حضور داشته باشند.

د- طرفین قرارداد متعهد می شوند که کلیه حقوق مادی و معنوی طرف مقابل را در پروژه های تحقیقاتی مشترک رعایت نمایند.

ماده ۳- مدت

مدت تفاهم نامه از زمان امضاء برای ۴ سال تعیین می شود و با اعلام قبلی یکی از طرفین قابل فسخ بوده و ضمناً در صورت رضایت طرفین قابل تمدید می باشد.

ماده ۴- سایر موارد

الف- امضاء این تفاهم نامه هیچگونه تعهد مالی خاصی را برای دو طرف ایجاد ننموده و کلیه هزینه ها حسب مورد بررسی و توافق می شود.

ب- در صورتیکه اجرای پروژه های تحقیقاتی به دانش فنی یا اختراع منتهی شود، نتایج حاصل بالمنصفه به طرفین تعلق دارد.

ماده ۵:

این تفاهم نامه در ۲ نسخه و ۵ ماده در تاریخ به امضاء طرفین رسیده و از تاریخ امضاء معتبر می باشد.  
امید است به دنبال این همفکری و همکاری متقابل، نتایج ارزشمندی حاصل گردد و رضایت پروردگار  
متعال را در پی داشته باشد.

نماینده دانشکده طب سنتی

نام و نام خانوادگی:

امضاء:

نماینده مرکز آموزشی درمانی ضیائیان

نام و نام خانوادگی:

امضاء: