احتراماً به اطلاع می رساند:

اینجانب ......................................... فرزند .................... دارای شماره ملی ................................. صادره از ................... متولد ..................... در رشته .................................. مقطع کارشناسی پیوسته مرکز آموزش عالی غیر انتفاعی علوم پزشکی وارستگان پذیرفته شده ام.

بدین وسیله متعهد می­شوم کلیه مدارک مورد نیاز در مرکز آموزش عالی علوم پزشکی وارستگان را تا پایان نیمسال اول تحصیل خود تکمیل نمایم و در صورتی که در اطلاعات اعلامی اینجانب به سازمان سنجش با اطلاعات ارائه شده به این مرکز مغایرتی وجود داشته باشد، مرکز هیچگونه مسئولیتی در قبال ادامه تحصیل اینجانب نداشته و می تواند ثبت نام اینجانب را لغو نماید، و هیچ گونه ادعایی برای استرداد شهریه پرداختی و ادامه تحصیل نخواهم داشت.

تلفن همراه دانشجو:

امضاء و اثر انگشت تاریخ

**توضیحات :**

**این فرم را پرینت گرفته و پس از ثبت مشخصات در زمان ثبت نام حضوری به کارشناس ثبت نام تحویل نمایید.**

**ثبت امضاء و اثر انگشت در حضور کارشناس صورت پذیرد.**