تاریخ : .....

شماره : .....

تعهد نامه صدور کارت المثنی بیمارستان

اینجانب ..... به شماره دانشجویی .....

دانشجوی رشته..... با توجه به مفقود شدن کارت بیمارستان متعهد می شوم هر گونه سوء استفاده و عواقب ناشی از آن به عهده اینجانب می باشد.

امضاء