



ข้อตกลงการประกอบวิชาชีพอิสระสำหรับแพทย์และทันตแพทย์

โรงพยาบาลทันตกรรมสังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ทำที่ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “คณะ” ได้ตกลงให้แพทย์/ทันตแพทย์..... ใบประกอบวิชาชีพเวชกรรม/วิชาชีพทันตกรรมเลขที่..... ซึ่งต่อไปนี้เรียกว่า “แพทย์/ทันตแพทย์” ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรม/วิชาชีพทันตกรรมในโรงพยาบาลทันตกรรมสังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ โดยมีข้อตกลงดังนี้

๑. แพทย์/ทันตแพทย์ทำการประกอบวิชาชีพเวชกรรม/วิชาชีพทันตกรรม ด้วยการตรวจและรักษาผู้ป่วยที่ได้ทำการนัดหมาย ณ โรงพยาบาลทันตกรรมสังกัดคณะทันตแพทยศาสตร์ ตามวัน เวลาที่ได้กำหนดไว้
๒. คณะฯตกลงให้แพทย์/ทันตแพทย์ใช้สถานที่ อุปกรณ์ เพื่อการตรวจและรักษาผู้ป่วย โดยแพทย์/ทันตแพทย์ตกลงแบ่งรายได้จากค่าตรวจรักษาพยาบาลให้คณะตามหลักเกณฑ์ที่ได้ตกลงร่วมกัน
๓. แพทย์/ทันตแพทย์เป็นผู้เรียกเก็บค่าตรวจรักษาพยาบาล จากผู้ป่วยแต่ละรายทั้งหมด ตามความยากง่ายของการตรวจรักษา ตามหลักเกณฑ์ที่เข้าร่วมตกลงกันและให้ถือว่าเป็นเงินรายได้เป็นของแพทย์/ทันตแพทย์
๔. คณะฯจะจัดเจ้าหน้าที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการเก็บค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วย โดยรวบรวมเงินรายได้ส่งมอบให้แพทย์/ทันตแพทย์เดือนละครั้ง
๕. แพทย์/ทันตแพทย์ยินยอมที่จะปฏิบัติตามระเบียบ ประกาศของคณะทันตแพทยศาสตร์ และของมหาวิทยาลัยมหิดล

ข้อตกลงนี้มีกำหนดระยะเวลาตามระบุไว้ในใบสมัครทันตแพทย์/แพทย์ โดยนับตั้งแต่วันลงนามในบันทึกข้อตกลง เมื่อครบกำหนดตามบันทึกข้อตกลงนี้แล้ว ถ้าไม่มีฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดทักท้วงหรือหยุดการใช้สถานที่ ให้ถือว่าเป็นการต่ออายุข้อตกลงออกไปคราวละหนึ่งปีโดยปริยาย หากฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดต้องการที่จะบอกเลิกข้อตกลงก่อนครบกำหนดระยะเวลา จะต้องแจ้งให้อีกฝ่ายหนึ่งทราบเป็นลายลักษณ์อักษรล่วงหน้าเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน และแพทย์/ทันตแพทย์ยินยอมให้คณะฯ เก็บค่าตอบแทน ๒ เดือนสุดท้ายของการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นเงินประกันความเสียหายอันเกิดจากการรักษาของแพทย์/ทันตแพทย์และยินยอมให้คณะฯ ใช้เงินประกันของแพทย์/ทันตแพทย์ ในกรณีที่แพทย์/ทันตแพทย์ท่านอื่นต้องมารับงานต่อเนื่อง หรือแก้ไขงานหัตถการของแพทย์/ทันตแพทย์ ภายหลังจากที่แพทย์/ทันตแพทย์ไม่ได้ลงปฏิบัติงานแล้วโดยให้เก็บค่าตอบแทนไว้จนกว่าการดำเนินการจะแล้วเสร็จ

หนังสือข้อตกลงนี้ ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความตรงกัน และทั้งสองฝ่ายได้อ่านและเข้าใจตรงกัน จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม

ลงชื่อ..... แพทย์/ทันตแพทย์
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)