**موضوع: اصلاح و تمديد قرارداد اجاره محل -----**

**موجر:‌ بیمارستان / شبکه -----**

**مستأجر:‌ -------**

 **پس از حمد خدا و درود و صلوات بر محمد و آل محمد (ص)،** **به استناد مجوز مدير محترم امور پشتيباني دانشگاه به شماره -------- مورخ --------، قرارداد به شماره -------- مورخ ------ با موضوع اجاره محل -------- به صورت ماهیانه مابين بیمارستان ------ به نمايندگي آقای ------------ داراي سمت ریاست بیمارستان به عنوان موجر و ----------------- به عنوان مستأجر به شرح زير اصلاح و مابقي مفاد قرارداد به قوت خود باقي و براي طرفين لازم الاجرا مي باشد.**

1. ماده 3) مدت تمدید قرارداد: **از تاريخ ----------- لغايت ------------ براي سال --- تمديد مي‌گردد.**
2. **ماده 6) مبلغ تمدید قرارداد: اجاره بهاء ماهیانه از مبلغ ------------- ریال به مبلغ ---------- ريال و مبلغ كل قرارداد از مبلغ ------------ ریال به مبلغ --------- ريال افزایش می گردد.**
3. ماده 14) تضمين:‌ **ضمانت ارايه شده به شماره -------- مورخ -------- صادره از بانك ------ شعبه ------ به مبلغ ------------ ریال به مدت ماه تمديد گرديد.**
4. ماده 12) خاتمه قرارداد: **درصورتي كه مصالح دانشگاه ايجاب نمايد، موجر مي تواند با تعيين مهلت يك ماهه و ابلاغ آن به مستأجر، قرارداد را خاتمه دهد، در آن صورت مستاجر محق به دريافت وجوهي بابت خدمات ارايه شده و مورد تأييد موجر تا زمان خاتمه قرارداد مي باشد.**

يادآوري 1) **مستأجر طرف قرارداد بايد نسبت به خريد و يا تمديد بيمه نامه مسئوليت مدني كارفرما (مستأجر) در قبال كاركنان
و اشخاص ثالث اقدام نمايد و پاسخگوي هرگونه حادثه در اين خصوص خواهد بود.**

يادآوري 2) **پرداخت حق بيمه تأمين اجتماعي پرسنل مستاجر و رعايت كليه قوانين و مقرارت كار و امور اجتماعي تا اعلام خاتمه يا اتمام قرارداد برعهده مستاجر مي‌باشد.**

**يادآوري 3) هرگونه افزايش حقوق و مزاياي كارگري طبق قانون كار در طول مدت قرارداد برعهده مستاجر مي باشد.**

**يادآوري 4) ارسال يك نسخه از اصلاحيه قرارداد به سازمان تامین اجتماعی و نظارت بر اين امر با مسؤول امورمالي موجر خواهد بود.**

**این اصلاحیه و تمدید در یک صفحه و پنج نسخه تنظیم شده و هر کدام از نسخ حکم واحد دارد.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **مهر و امضاء مجاز و تعهدآور مستأجر****------** | **------****مسئول امور مالي بیمارستان ------** | **--------****مدیر بیمارستان -------** |
| **مهر و امضاء موجر****-----------****رییس بیمارستان ----------** | **-------****رییس واحد درآمد دانشگاه** | **--------****مدیر امور پشتیبانی دانشگاه** |

**تایید معاونت متناظر ستادی**

تاریخ آخرین ویرایش فرم : 1/12/1402