

تاریخ:

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

(اداره آمار و فناوری اطلاعات و ارتباطات)

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

فرم استفاده از خدمات Dial up دانشگاه

اشخاص حقیقی:

نام و نام خانوادگی:	
آدرس محل کار:	تلفن:
آدرس محل سکونت:	تلفن:

تلفن همراه:

Email:

User Name (نام کاربری):
Password (کلمه عبور):

مدت و مبلغ قرارداد:

مبلغ	زمان	
۲۲۰/۰۰۰ ریال	۱۰۰ ساعت	<input type="checkbox"/>
۴۰۰/۰۰۰ ریال	۲۰۰ ساعت	<input type="checkbox"/>
۷۲۰/۰۰۰ ریال	۴۰۰ ساعت	<input type="checkbox"/>
۹۶۰/۰۰۰ ریال	۶۰۰ ساعت	<input type="checkbox"/>

ضمناً کارکنان دانشگاه از ۵۰ درصد تخفیف برخوردار می باشند.

مبلغ ذکر شده را با شماره فیش در وجه دانشگاه (شماره حساب ۰۲۱۷۸۱۶۲۱۹۸۰۰۷) واریز نموده ام.

نام و امضاء متقاضی

□ شرایط عمومی استفاده از سرویس اینترنت دانشگاه :

۱. مشترک متعهد می گردد که از این حق اشتراک شخصا استفاده و ان را به غیر واگذار ننماید..

۲. مشترک موظف است کلیه شئونات اسلامی و اخلاق را در شبکه رعایت نماید . کلیه مسئولیت های ناشی از استفاده نادرست شبکه مشترک خواهد بود.

۳. مشترک اعلام می دارد که کلیه مقررات عمومی کشور جمهوری اسلامی را رعایت نموده و از این بابت هیچ مسئولیتی متوجه دانشگاه نخواهد بود.

۴. دانشگاه موظف است پس از دریافت فرم های تکمیل شده و فیش تحویل شده توسط متقاضی حداکثر ظرف مدت ۲۴ ساعت نام و رمز عبور مورد جهت ارتباط با سایت را در اختیار او قرار دهد.

۵. به هنگام حوادث مترقبه و سایر عوامل خارج از اختیار دانشگاه ، جنگ ، صاعقه، زلزله، آتش سوزی، صاعقه، و مانند این ها تا زمانی که وضعیت فوق العاده و تبعات آن بر طرف نشده باشد به گونه ای که انجام تعهدات و خدمات دانشگاه را با اشکال مواجه کند مسئولیتی متوجه دانشگاه نخواهد بود.

۶. پس از خاتمه اشتراک و یا زمان استفاده از سایت ، دسترسی مشترک به صورت خودکار توسط سیستم قطع خواهد گردید. جهت تمدید اشتراک و یا تغییر نوع آن ، مشترک می بایستی قبل از خاتمه اعتبار تقاضای خود را به دانشگاه اعلام نماید.

اینجانب با اعلام صحت مندرجات فرم تکمیل شده و قبول کلیه شرایط و مسئولیت های مذکور ، تقاضای استفاده از سرویس اینترنت شبکه دانشگاه را دارم.

امضاء متقاضی