**باسمه‌تعالی**



فرم تفاهم‌نامه همکاری علمی و پژوهشی میان دانشگاه علامه طباطبایی و مرکز/موسسه/انجمن...............

**ماده یک- طرفین تفاهم‌نامه**

این تفاهم‌نامه بین و دانشگاه علامه طباطبایی، به شناسه ملی 14003122805 و کد اقتصادی 411386459377، به نمایندگی آقای **دکتر .....** ، به نشانی: تهران، بلوار دهکده المپیک، تقاطع بزرگراه شهید همت، سازمان مرکزی، کدپستی: 1489684511، که در اين تفاهم‌نامه **دانشگاه** ناميده مي‌شود، از يك طرف؛ و شرکت ............ به شماره ثبت ..............، شناسه ملی .................، کد اقتصادی ................، به نشانی: ................................................. کد پستی ..............، به نمایندگی: **دکتر ......**، فرزند ..................، با کد ملی ................... به سمت .................، که در این تفاهم‌نامه، **..................** خوانده می­شود، از طرف دیگر؛ به شرح زیر منعقد گردید.

**ماده دو: موضوع تفاهم‌نامه**

عبارت است از همکاری­های فیمابین در حوزه­های .............................................

**ماده سه: مدت تفاهم‌نامه**

مدت این تفاهم‌نامه از تاریخ ................. تا ................. به مدت .......... سال شمسی است.

ماده چهار: محورهای همکاری

1-4-

2-4

3-4-

4-4 -

5-4-

**ماده پنج: حل اختلاف**

تمامی اختلافات در خصوص این تفاهم‌نامه اعم از انعقاد، تفسیر و چگونگی اجرا، از طریق مذاکره میان طرفین، حل و فصل خواهد شد.

**ماده شش: فسخ تفاهم‌نامه**

هر یک از طرفین می‌تواند اراده خویش مبنی بر فسخ تفاهم‌نامه را حداقل از یک ماه پیش از فسخ تفاهم‌نامه، به طرف دیگر ابلاغ کتبی نماید.

**ماده هفت: اقامتگاه طرفین**

چنانچه نشانی هر یک از طرفین در مدت تفاهم‌نامه تغییر یابد، بایستی حداکثر ظرف بیست روز از زمان تغییر نشانی، کتباً به طرف دیگر ابلاغ کند. در غیر این صورت، اسناد یا مکاتباتی که به نشانی مندرج در صدر این تفاهم‌نامه ارسال می‌شود، ابلاغ شده تلقی می‌گردد.

این تفاهم‌نامه در تهران و در هفت ماده و در چهار نسخه واحد و با اعتبار یکسان (دو نسخه برای دانشگاه و دو نسخه برای همشهری) تنظیم، امضا و مبادله شد و طرفین ملزم به اجرای آن شدند.

|  |  |
| --- | --- |
| **دانشگاه علامه طباطبایی** | **مرکز/موسسه/انجمن................** |
| **نماینده: دکتر.............**  معاون/مدیر پژوهشی دانشگاه  امضا، تاریخ، مهر | **نماینده: دکتر.........**  ..................................  امضا، تاریخ، مهر |