



بسم الله الرحمن الرحيم

تاریخ
شماره
پیوست

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس



بسم الله الرحمن الرحيم

تاریخ
شماره
پیوست

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

(نمونه شماره ۱)

فرم حق الزحمه و گواهی همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

به موجب این گواهی آقای / خانم
دارای مدرک تحصیلی جهت انجام امور
با اینجانب به عنوان مجری طرح شماره
در ماه به مدت ساعت همکاری داشته اند.
در ضمن مشخصات نامبرده به شرح زیر می باشد:
توجه: تکمیل اطلاعات زیر در هربار پرداخت الزامی است.
نام پدر:
آدرس:
کد پستی:
شماره حساب (بانک ملت):
خواهشمند است دستور فرمائید حق الزحمه ایشان از قرار ساعتی ریال
پرداخت گردد.

نام مجری:
امضاء همکار طرح مهر و امضاء مجری طرح

بسم الله الرحمن الرحيم

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه

(نمونه شماره ۱)

فرم حق الزحمه و گواهی همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

به موجب این گواهی آقای / خانم
دارای مدرک تحصیلی جهت انجام امور
با اینجانب به عنوان مجری طرح شماره
در ماه به مدت ساعت همکاری داشته اند.
در ضمن مشخصات نامبرده به شرح زیر می باشد:
توجه: تکمیل اطلاعات زیر در هربار پرداخت الزامی است.
نام پدر:
آدرس:
کد پستی:
شماره حساب (بانک ملت):
خواهشمند است دستور فرمائید حق الزحمه ایشان از قرار ساعتی ریال
پرداخت گردد.

نام مجری:
امضاء همکار طرح مهر و امضاء مجری طرح

بسم الله الرحمن الرحيم

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه