



هسما و ؤ الخة

تاریخ
شماره
پیوست

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس



هسما و ؤ الخة

تاریخ
شماره
پیوست

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

(نسخه شماره 3)

فرم حق الزحمه و گواهی همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

به موجب این گواهی آقای / خانم
دارای مدرک تحصیلی جهت انجام امور خدمات پژوهشی با اینجانب
..... به عنوان مسئول واحد
شماره در ماه به مدت ساعت همکاری داشته اند.
خواهشمند است دستور فرمائید حق الزحمه ایشان از قرار ساعتی ریال
پرداخت گردد.

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):

نام و امضاء مسئول واحد

امضاء همکار

هسما و ؤ الخة

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.
معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

(نسخه شماره 3)

فرم حق الزحمه و گواهی همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

به موجب این گواهی آقای / خانم
دارای مدرک تحصیلی جهت انجام امور خدمات پژوهشی با اینجانب
..... به عنوان مسئول واحد
شماره در ماه به مدت ساعت همکاری داشته اند.
خواهشمند است دستور فرمائید حق الزحمه ایشان از قرار ساعتی ریال
پرداخت گردد.

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):

نام و امضاء مسئول واحد

امضاء همکار

هسما و ؤ الخة

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.
معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز