



دانشکده علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی گراش

بها لعتھھا و

تاریخ
شماره
پیوست



دانشکده علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی گراش

بها لعتھھا و

تاریخ
شماره
پیوست

(نمونه شماره ۱)

فرم حق الزحمه و گواهی همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده

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 هر بار پرداخت الزامی است .
نام پدر: کد ملی:
آدرس:
کد پستی: شماره حساب (بانک ملت):
خواهشمند است دستور فرمائید حق الزحمه ایشان از قرار ساعتی ریال
پرداخت گردد.

نام مجری:

مهر و امضاء مجری طرح

امضاء همکار طرح

بها لعتھھا و

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشکده

(نمونه شماره ۱)

فرم حق الزحمه و گواهی همکاری معاونت تحقیقات و فناوری دانشکده

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 هر بار پرداخت الزامی است .
نام پدر: کد ملی:
آدرس:
کد پستی: شماره حساب (بانک ملت):
خواهشمند است دستور فرمائید حق الزحمه ایشان از قرار ساعتی ریال
پرداخت گردد.

نام مجری:

مهر و امضاء مجری طرح

امضاء همکار طرح

بها لعتھھا و

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشکده