



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بها لعتھھا و

تاریخ .....  
شماره .....  
پیوست .....



دانشگاه علوم پزشکی  
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

بها لعتھھا و

تاریخ .....  
شماره .....  
پیوست .....

(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:

مهر و امضاء مجری طرح

امضاء همکار طرح

بها لعتھھا و

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:

مهر و امضاء مجری طرح

امضاء همکار طرح

بها لعتھھا و

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه