



باسمه تعالی

تاریخ
شماره
پیوست

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس



باسمه تعالی

تاریخ
شماره
پیوست

دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی استان فارس

(ضمیمه شماره ۲)

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

به پیوست فقره فاکتور مخارج طرح تحقیقاتی
اینجانب به شماره جهت
دستور پرداخت ارسال می گردد.
لطفا دستور فرمائید جمع فاکتور های پیوست،
معادل ریال را در وجه
اینجانب / فروشگاه پرداخت نمایند.
شماره حساب مجری طرح :
توضیحات :

نام مجری:

مهر و امضاء مجری طرح:

باسمه تعالی

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

(ضمیمه شماره ۲)

معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه

به پیوست فقره فاکتور مخارج طرح تحقیقاتی
اینجانب به شماره جهت
دستور پرداخت ارسال می گردد.
لطفا دستور فرمائید جمع فاکتور های پیوست،
معادل ریال را در وجه
اینجانب / فروشگاه پرداخت نمایند.
شماره حساب مجری طرح :
توضیحات :

نام مجری:

مهر و امضاء مجری طرح:

باسمه تعالی

حسابداری محترم معاونت تحقیقات و فناوری لطفاً اقدام فرمائید.

معاون تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز