

بسمه تعالی



تاریخ.....

شماره.....

فرم تایید پرداخت تعرفه خدمات و ارائه نتیجه آزمایش

آزمایشگاه جامع تحقیقات

دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

اینجانب..... دانشجو/پژوهشگر مقطع .....  
دانشگاه..... در تاریخ ..... مبلغ ..... را بابت  
تعرفه خدمات آزمایشگاهی آزمایشگاه جامع تحقیقات مربوط به  
دستگاه/دستگاههای..... به حساب درآمدهای غیر درمان  
دانشگاه علوم پزشکی بیرجند واریز نموده و تایید می نمایم کیفیت نتایج/ نمونه های  
آزمایش.....مورد تایید اینجانب می باشد.

امضای رئیس آزمایشگاه جامع تحقیقات

امضای کارشناس

امضا دانشجو/ پژوهشگر