



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

بسمه تعالی

تاریخ :
شماره :
پیوست :

حق الزحمه پرسنلی طرح تحقیقاتی

بدین وسیله گواهی می شود مبلغ ریال به حروف
..... ریال بابت طرح تحقیقاتی
با کد تحت عنوان « »
«.....»
به اینجانب پرداخت گردید.

نام و نام خانوادگی :

سمت :
مدرک تحصیلی :

امضاء

آدرس محل کار یا سکونت و تلفن :

محل امضاء کارشناس پژوهشی

محل امضاء مجری طرح

نام و نام خانوادگی

نام و نام خانوادگی