



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی اهواز

بسمه تعالی

تاریخ :
شماره :
پیوست :

حق الزحمه پرسنلی طرح تحقیقاتی مرکز تحقیقات بیماریهای قلب و عروق

بدین وسیله گواهی می شود مبلغ..... ریال به حروفریال بابتطرح
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
نام و نام خانوادگی

محل امضاء مجری طرح
نام و نام خانوادگی