



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

بِسْمِ اللّٰهِ

تاریخ :

شماره :

پیوست :

حق الزحمه پرسنلی طرح تحقیقاتی

بدین وسیله گواهی می شود مبلغ..... ریال به حروفریال بابتطرح تحقیقاتی با کد.....تحت عنوان « » به اینجانب پرداخت گردید.

نام و نام خانوادگی :

مدرک تحصیلی :

سمت :

امضاء

آدرس محل کار یا سکونت و تلفن :

محل امضاء کارشناس پژوهشی

نام و نام خانوادگی

محل امضاءمجری طرح

نام و نام خانوادگی