****

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان**

**معاونت تحقیقات و فناوری**

**حق الزحمه پرسنلی**

اینجانب.......................................................شاغل در................................................................مبلغ ...........................................ریال مورخ..................................از خانم/آقای دکتر.......................................................بابت همکاری در انجام طرح تحقیقاتی، تحت عنوان................................................................................................................ دریافت نموده ام

مشخصات مجری/امضا........................................................

مشخصات دریافت کننده/امضا............................................

****

**دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان**

**معاونت تحقیقات و فناوری**

**حق الزحمه پرسنلی**

اینجانب.......................................................شاغل در................................................................مبلغ ...........................................ریال مورخ..................................از خانم/آقای دکتر.......................................................بابت همکاری در انجام طرح تحقیقاتی، تحت عنوان................................................................................................................ دریافت نموده ام

مشخصات مجری/امضا........................................................

مشخصات دریافت کننده/امضا............................................