

فرم شماره ۱

فرم درخواست خدمات

ریاست محترم آزمایشگاه جامع تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی استان سمنان

با سلام

احتراماً پیرو هماهنگی‌های صورت گرفته با آن آزمایشگاه آقا/خانم دانشجوی/کارشناس گروه دانشگاه/مؤسسه جهت شروع به کار با دستگاه در تاریخ و به تعداد نمونه معرفی می‌گردد خواهشمند است دستور فرمایید در صورت امکان همکاری‌های لازم با ایشان انجام گیرد. ضمناً هزینه‌های مربوطه مطابق با تعرفه مصوب آزمایشگاه جامع تحقیقاتی از محل بودجه طرح/پایان نامه/آزاد به حساب یا شماره کارت ذیل واریز خواهد شد. لازم به ذکر است آزمایش مربوطه براساس طرح تحقیقاتی/پایان نامه با عنوان به شماره طرح بوده که مدت زمان اجرای آن از تاریخ لغایت می‌باشد. بدیهی است در صورت لزوم این مدت توسط شورای پژوهشی دانشگاه تمدید خواهد شد

کدملی :

شماره تماس متقاضی :

شماره تماس مجری طرح :

امضاء مجری طرح

شماره حساب اختصاصی معاونت تحقیقات و فناوری نزد بانک رفاه: ۲۷۵۶۸۲۱۱۰ و شناسه واریز: ۲۳۱۷۱۲۱۳

شماره کارت مجازی اختصاصی معاونت تحقیقات و فناوری نزد بانک رفاه: ۵۸۹۴۶۳۱۴۰۰۰۳۴۲۱۱