



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بزرگ تهران

بسمه تعالی

تاریخ :  
شماره :  
پیوست :

## حق الزحمه پرسنلی طرح تحقیقاتی

بدین وسیله گواهی می شود مبلغ  
تحت عنوان «  
» به خانم / آقای 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