

شماره :
تاریخ :
پیوست :



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان



دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

مدیریت محترم امور مالی دانشکده

سلام علیکم

مقتضی است نسبت به پرداخت مبلغ ناخالص ریال بابت
صورت وضعیت موقت / قطعی شماره شرکت
مربوط به پروژه از محل اعتبارات طرح
..... وفق مدارک و مستندات، مطابق با مقررات و از محل مربوطه اقدام شود.

معاون توسعه مدیریت و منابع دانشکده

نام و نام خانوادگی

امضاء :