

فرم شماره ۴
(تعرفه خدمات)



فرم تعرفه خدمات آزمایشگاهی دانشکده تغذیه و علوم غذایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بدین وسیله به استحضار می‌رساند اینجناب مجری پایان نامه/ طرح تحقیقاتی با عنوان.....
با کد مصوب..... در دانشکده.....دانشگاه.....نیاز به انجام آزمون‌های زیر دارم.

ردیف	عنوان آزمون در بخش شیمی / میکروب / مولکولار	تجهیزات مورد نیاز	مواد مورد نیاز
۱			
۲			
۳			

خواهشمند است دستورات لازم را مبذول فرمایید.

نام و نام خانوادگی مجری

امضا و تاریخ

جهت انجام آزمون‌های فوق، تعرفه مصوب مبلغ.....ریال برای هر نمونه می‌باشد و با توجه به اینکه پایان نامه/ طرح تحقیقاتی در دانشکده..... دانشگاه..... مصوب شده است مشمول % تخفیف می‌باشد لذا مبلغ ریال به شماره حساب ذیل جهت انجام آزمون صورت پذیرد.

شماره حساب ۴۰۰۱۰۸۳۱۰۳۰۲۱۹۸۳ و با شماره شبیا ۵۷۰۱۰۰۰۴۰۰۱۰۸۳۱۰۳۰۲۱۹۸۳ IR با شناسه واریز ۳۴۹۰۸۳۱۶۱۱۲۴۴۰۷۷۹۰۱۰۱۰۰۲۰۰۰۰۰۰ به نام معاونت درمان واریز و اصل فیش تحویل مدیر آزمایشگاه گردد.

کارشناس آزمایشگاه
دانشکده تغذیه و علوم غذایی

امضا
تاریخ

دکتر زهرا اسفندیاری
مسئول فنی آزمایشگاه دانشکده
تغذیه و علوم غذایی

امضا
تاریخ

دکتر محمد حسین روحانی
مدیر آزمایشگاه دانشکده
تغذیه و علوم غذایی

امضا
تاریخ