



معاونت تحقیقات و فن آوری

مدیریت توسعه علم و فناوری سلامت - دفتر ارتباط با صنعت

فرم تسویه حساب طرح های ارتباط با صنعت با آزمایشگاه دانشکده / مرکز محل انجام طرح

مشخصات مجری:		
نام و نام خانوادگی:	دانشکده / مرکز:	
تلفن همراه:	ایمیل:	
مشخصات طرح:		
عنوان طرح:	کارفرما:	
مبلغ طرح:	مدت زمان انجام طرح:	
خدمات آزمایشگاهی پیش بینی شده در طرح :		
آزمایشگاههای محل انجام طرح:		
بدینوسیله گواهی می شود:		
۱- کلیه هزینه های مربوط به خدمات آزمایشگاهی طرح ارتباط با صنعت فوق به آزمایشگاه دانشکده / مرکز پرداخت گردیده است و طرح فوق به آزمایشگاه بدهی ندارد □.		
۲- کلیه خدمات آزمایشگاهی پیش بینی شده در طرح فوق در آزمایشگاههای بخش خصوصی (خارج از دانشگاه انجام شده) و مجری از آزمایشگاه دانشکده یا مرکز استفاه نکرده است □.		
۳- طرح ارتباط با صنعت فوق فاقد خدمات آزمایشگاهی می باشد □.		
توضیح:		
نام و امضاء مجری	نام و امضاء مدیر آزمایشگاه	نام و امضاء معاون پژوهشی / مسئول دفتر ارتباط با صنعت دانشکده