|  |
| --- |
| Copy of MP کد فرم: F-R213-01/04 شماره بازنگری: 01 |
| درخواست مجوز هزینه کرد اعتبار خدمات آزمایشگاهیشماره: تاریخ: پیوست: طرح پژوهشی درون دانشگاهی |
|  نظر به تصویب طرح پژوهشی درون دانشگاهی شماره----- اینجانب با عنوان ---------------------------------------------------------------- و کد ---------------------3/2/1، اینجانب متقاضی تامین هزینه خدمات آزمایشگاهی ----------------------------------------------------------------- از محل اعتبار مصوب طرح مذکور می باشم.  مجری طرح**:-------------------**تاریخ و امضاء: |
| کارشناس پژوهش و فناوری دانشکده متقاضیآزمایشگاه ارائه دهنده خدمت |  | خدمات آزمایشگاهی درخواستی شامل -------------------------------------------------------------------------------------------- بوده و هزینه انجام آن ----------------------- ریال می باشد. مسئول آزمایشگاه: -----------تاریخ و امضاء**:**  |  |
|  | مانده اعتبار هزینه نشده خدمات آزمایشگاهی طرح مذکور ------------------------------- ریال می باشد. هزینه انجام آزمایش هایی درخواستی به میزان -------------------ریال از اعتبار این طرح و نیز به میزان -------------- ریال از اعتبار پژوهه -------------- مجری طرح و به میزان --------------- ریال از اعتبار پژوهه ----------------- همکار(ان) طرح کسر گردید.کارشناس پژوهش و فناوری دانشکده**:** -----------------تاریخ و امضاء: |
| مسئول محترم آزمایشگاه -------------با سلام، با عنایت به مراتب فوق جناب آقای/ سرکار خانم ------------------------------------------------ عضو هیات علمی دانشکده ------------------- جهت استفاده از خدمات آزمایشگاهی تا سقف اعتبار --------------- ریال معرفی می گردد. معاون/ معاون پژوهش و فناوری دانشکده تاریخ و امضا **:** |
| درخواست اصلاحیه (افزایش اعتبار)نظر به اینکه هزینه خدمات آزمایشگاهی مذکور -------------------- ریال بیش از مقدار تعیین شده فوق می باشد خواهشمند است مابه التفاوت را از اعتبار هزینه نشده خدمات آزمایشگاهی طرح اینجانب تامین نمایید.مجری طرح: -------------- تاریخ و امضا:درخواست فوق مورد تایید **□**می باشد **□**نمی باشد ------------------------معاون/ معاون پژوهش و فناوری دانشکدهتاریخ و امضا**:** |
| مسئول آزمایشگاه ارائه دهنده خدمت |  |
|  | اعتبار هزینه شده خدمات آزمایشگاهی از محل طرح پژوهشی درون دانشگاهی مذکور به میزان ------------------------- ریال می باشد که مبلغی بابت آن دریافت نگردید.مسئول آزمایشگاه: ---------------تاریخ و امضا: |  |
| نسخه اصلی: حسابداری معاونت پژوهش و فناوری دانشگاهتصویر1: آزمایشگاه ارائه دهنده خدمت جهت نگهداری سوابقتصویر2: معاونت پژوهشی و فناوری دانشکده متقاضی جهت درج در پرونده طرح |

**دکتر محمد محسن زاده**

**دامپزشکی**

**دکتر راجی**