دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کاشان

معاونت تحقیقات و فناوری

مرکز تحقیقات علوم تشریح

"فرم درخواست خدمات تخصصی"

تاریخ:.....

نوع خدمات درخواستی: مشاوره ای ☐ دستگاهی ☐ نام خدمت دستگاهی: دفعات استفاده از دستگاه .....بار

نام آزمایشگاه ارائه دهنده ی خدمت: نام مسئول آزمایشگاه: مدت زمان مشاوره .....ساعت

نام و نام خانوادگی: شماره تماس:

دانشجو ☐ همکار طرح ☐

رشته ی تحصیلی: گروه آموزشی: نام دانشگاه:

امضا

عنوان طرح/پایانامه:

کد طرح:

استاد راهنما: شماره تماس:

امضا

- به منظور دریافت خدمات دستگاهی لطفا فرم تکمیل شده به همراه فیش واریزبانکی را به مسئول آزمایشگاه تحویل داده شود.
- نام حساب: **درآمد های معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه**
- شماره حساب:۲۱۳۷۷۴۰۲۱۴۰۰۵
- شناسه واریز:۳۴۶۰۷۷۴۶۱۱۲۳۷۰۱۰۰۳۳۵۰۰۰۰۰۰۰۰۰۳
- تعرفه ی خدمات دستگاهی در وبسایت مرکز تحقیقات علوم تشریح آدرس http://research.kaums.ac.ir/Default.aspx?PageID=254 موجود می باشد.