دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان تاریخ: .....

معاونت توسعه مدیریت و منابع شماره:.....

فرم شماره « ۱۳ »

«صورتجلسه تحویل و نصب »

بدینوسیله گواهی می شود خدمات انجام شده توسط شرکت..... جهت واحد .....به آقای/خانم .....تحویل و نصب گردید و پرداخت بلامانع است.

ردیف	شرح	تعداد	مبلغ کل(ریال)
جمع کل به حروف:.....			

تحویل گیرنده **مسئول واحد** **کارپرداز** **رئیس واحد**