

فرم درخواست انجام خدمات آزمایشگاهی

مشخصات متقاضی	
نام و نام خانوادگی:	<input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> عضو هیئت علمی دانشگاه:
تلفن:	پست الکترونیک:
آدرس:	
نوع و تعداد خدمات:	
توضیحات مورد نیاز روش انجام خدمات:	
مبلغ ریال بابت نمونه / ساعت آنالیز طبق آخرین تعرفه مصوب به شماره حساب ۴۰۰۱۰۹۳۸۰۳۰۲۲۲۰۷ بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران و شماره شبا IR750100004001093803022207 به نام تمرکز وجوه درآمد اختصاصی دانشگاه صنعتی کرمانشاه و با شناسه واریز سی رقمی ۳۷۶۰۹۳۸۵۶۱۲۷۳۰۰۰۰۱۴۰۰۳۱۷۲۰۱۴۰۲ به شماره فیش مورخ واریز گردید.	
۱- متقاضی	۲- مسئول آزمایشگاه
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا
۳- مسئول آزمایشگاه مرکزی	۴- ریاست دانشکده
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا
۵- معاون پژوهشی دانشگاه	۶- معاون مالی دانشگاه
تاریخ و امضا	تاریخ و امضا