

بسمه تعالی

ریاست محترم مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

با سلام

احتراماً خواهشمند است نسبت به پرداخت قسط

به مبلغ ریال از طرح تحقیقاتی به شماره تصویب

(پایان نامه ای ☐ غیر پایان نامه ای ☐)

با عنوان:

.....

مرکز تحقیقات سیاستگذاری سلامت

اقدام لازم مبذول فرمایید.

شماره حساب مجری طرح (ترجیحاً بانک ملت):

Health Policy Research Center

کد ملی مجری طرح:

توجه: تکمیل شماره حساب و کد ملی در هر بار پرداخت قسط الزامی است.

نام مجری طرح:

مهر و امضاء