

فرم همکاری پژوهشی / خرید خدمت

مرکز تحقیقات طب تجربی

مشخصات پژوهشگر :

نام خانوادگی :

کد ملی :

شماره دانشجویی :

عنوان طرح / نوع فعالیت مورد درخواست :

دانشکده / گروه :

تحت نظر کارشناس مرکز :

مقررات مرکز :

فعالیت خواهم کرد .

اینجانب خانم / آقا :

متعهد می شوم که بر طبق ضوابط ومقررات تعیین شده مرکز از تاریخ تا در این مرکز فعالیت داشته ودرپایان گزارش نهایی فعالیت خود را به مرکز تحویل دهم ودرصورت دریافت وسایل وامکانات از مرکز ، اینجانب ملزم به باز گرداندن به مرکز تحقیقات طب تجربی می باشم ، کلیه قوانین ومقررات مربوط به کار دستگاه ها وحيوانات را رعایت خواهم کرد و نیز امانتدار حقوق مادی ومعنوی مرکز بوده ونتایج تحقیق را بدون اجازه مرکز به شخص ثالث منتقل ننموده ودرصورت عدم رعایت این امر مرکز حق اخذ خسارات وارده را از این بابت خواهد داشت .
 انتشار وارهائه نتایج فعالیت براساس توافق خواهد بود یا هزینه های لازم را پرداخت خواهم کرد .

امضاء

نام ونام خانوادگی استاد پژوهشگر / ریاست مرکز

امضاء

امضاء

با عنایت به درخواست سرکار خانم / جناب آقای و تایید استاد پژوهشگر همکار پروژه با همکاری ایشان موافقت به عمل می آید .

نام ونام خانوادگی

ریاست مرکز تحقیقات طب تجربی

امضاء