



دانه

،رمانی

استان فارس

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پست:

هزینه از محل خارج از شمول طبق تبصره ۳ ماده ۱۴ واحد:

ردیف	مشخصات		شرح هزینه	مبلغ به ریال	ملاحظات
	شماره فاکتور	تاریخ			
۱					
جمع کل :					

تنظیم کننده	رئیس حسابداری واحد	رئیس واحد
نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی:
سمت: کارپرداز	سمت: رئیس حسابداری	سمت: مدیر
تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:	تاریخ و امضاء:

دکتر سید ابوالفضل هاشمی اصل

معاونت توسعه و مدیریت منابع