



شماره:

تاریخ:

پست:

بسمه تعالی

درمانی

دانش

استان فارس

فهرست اسناد هزینه خارج از شمول:

ردیف	مشخصات		شرح هزینه	مبلغ به ریال	ملاحظات
	شماره فاکتور	تاریخ			
1					
جمع کل: ریال					

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

مدیریت محترم امور مالی دانشگاه:

احتراماً دستور فرمائید ضمن بررسی از محل اعتبارات خارج از شمول به هزینه قطعی منظور گردد.

معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه