وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان

معاونت / بیمارستان / مرکز .....

کد برنامه: **شماره سند:**

عنوان برنامه: **تاریخ:**

سند هزینه

مشخصات گیرنده وجه :	**شماره حساب**		**بانک**
	اصل مبلغ (ریال)	**کسورات (ریال)**	**مبلغ پرداختی (ریال)**
پرداختی بابت			
خالص پرداختی در وجا : ۰	۰	۰ ۰ ۰	۰ ۰
مدارک لازم پیوست سند می باشد			
جمع مبلغ	۰	۰	۰
جمع به حروف			**ریال**

تنظیم کننده سند: اینجانب گواهی می نماید که این سند به موجب مدارک پیوست برابر مقررات مالی و معاملاتی تنظیم گردیده است. **امضاء**	**رسیدگی و نظارت مالی :**
مسئول تدارکات / مسئول مستقیم: انجام هزینه های فوق که برابر مقررات صورت گرفته مورد تایید می باشد . **امضاء**	**اعتبارات :**
مدیر امور پشتیبانی /مالی : پرداخت هزینه های فوق مورد تایید می باشد **امضاء**	