



دانشکده پزشکی شیراز

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

دانشکده پزشکی

شماره

تاریخ

پیوست

گواهی انجام کار

بدینوسیله انجام کار طی فاکتور شماره
به تاریخ: / / ۱۴ توسط شرکت / فروشگاه جهت وامد/بفش
تایید میگردد.

مهر و امضا وامد درفواست کننده:

مهر و امضا تایید کننده:

مهر و امضا (مسئول تدارکات):