|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| شماره: ...................  تاريخ: .....................  پيوست: ................. | باسمه تعالي  **فرم شماره 24**  **پرداخت حق‌الزحمۀ داور خارجي رسالۀ دکتری**  (خواهشمند است آخرين حکم کارگزيني استاد ضميمه شود.)  *اين فرم حداقل 15 روز قبل از تاريخ دفاع برای انجام امور اداري به معاونت پژوهشی دانشکده ارسال شود*. | arm5معاونت پژوهش و فناوری |

نام و نام خانوادگي داور خارج:

مدرک تحصيلي:

رتبۀ علمي:

رشته و گرايش:

گروه:

دانشکده:

دانشگاه:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي دانشجوي دکتری** | **شماره دانشجويي** | **استاد راهنما** | **تاريخ دفاع** | **هزينه داوري** | **هزينه اياب و ذهاب** | **ماليات** | **خالص پرداختي** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

براساس مصوبۀ مورخ 04/10/89 شوراي تحصيلات تکميلي دانشگاه و تأييد آن در جلسۀ مورخ 07/12/89 هيئت رئيسۀ محترم دانشگاه، مبالغ فوق پس از کسر ماليات قابل پرداخت است.

**دکتر...................... دکتر........................**

**مدير گروه ...................... رئيس دانشکده...............**

**تاريخ و امضا تاريخ و امضا**

**دکتر.............................................**

**معاون اداري ومالي دانشگاه**

**تاريخ و امضا**

ــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــــ

اينجانب دکتر **.....................................................** عضو هيئت علمي دانشگاه **..............................................** مبلغ **.....................................** بابت داوري و هزينۀ اياب و ذهاب دريافت نمودم.

تاريخ ...................................................

امضا ...................................................