|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 ...................................................