



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز
مرکز آموزشی درمانی نیکوکاری تبریز
رسیدگی به شکایات و امور حقوقی

شماره:

تاریخ:

پیوست:

فرم "ب"

اینجانب فرزند به کدملی به نمایندگی از شرکت به شماره ثبت با مطالعه و بررسی دقیق شرایط استعمال و آگاهی کامل از قیمت پیشنهادی خود را برای بررسی به شرح ذیل اعلام می دارد.

آدرس:

تلفن:

مبلغ پیشنهادی: (به عدد) :

(به حروف) :

مهر و امضاء:

مدیر مرکز

امور اداری

امور حقوقی و رسیدگی به شکایات

مرکز آموزشی و درمانی چشم نیکوکاری تبریز

محمد رضوانی

۲۴
رسیدگی به شکایات و امور حقوقی

رئیس اداره حسابداری