

فرم میزان مشارکت در اجرای پروژه های گروه های داوطلب حوزه سلامت دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی..... در سه ماهه..... سال.....

ردیف	عنوان پروژه	خدمات انجام شده توسط گروه داوطلب	میزان مشارکت نقدی/مالی (ارزش ریالی)	مشارکت غیرنقدی ^۱	توضیحات

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

تاریخ تکمیل فرم:

نکته: در راهنمای فرم های برنامه عملیاتی توضیحات مبسوط ارائه شده است.

^۱ مشارکت غیر نقدی می تواند تامین محل اسکان، خرید دستگاه ها و تجهیزات مورد نیاز گروه های داوطلب، حمل و نقل، هماهنگی با سایر سازمان های اجرایی و استفاده از ظرفیت آن ها و باشد.

