|  |
| --- |
| نام هسته / شرکت فناور : تاریخ استقرار در مجموعه مراکز رشد :  محل استقرار : شماره واحد : متراژ : شماره تلفن واحد: شماره داخلی : |

مدیر محترم مجموعه مراکز رشد فناوری سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

**مشخصات واحد فناور :**

**با سلام و احترام**

اینجانب...................................... مسئول هسته به شماره کد ملی/ مدیرعامل شرکت به شماره ثبت ..............................

**⭘با توجه به اتمام مدت قرارداد شماره ............... تاریخ ................... با آن مجموعه، درخواست تمدید قرارداد به مدت ............ سال را دارم.**

**⭘ به دلیل زیر درخواست خروج از آن مجموعه را دارم :**

🞎 اتمام مدت قرارداد 🞎 تکمیل ایده محوری 🞎 عدم نیاز به حضور در مرکز رشد

لازم بذکر است ضمن تحویل واحد فوق الذکر، با واحدهای زیر تسویه حساب نموده وکلیه اموال متعلق به مرکز رشد را صحیح و سالم تحویل داده ام.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **نام واحد** | **نام و نام خانوادگی مسئول واحد** | | **مهر و امضاء** |
| **1** | **کارگاه / فضای اداری** | **مسئول امور اداری/مالی** | |  |
| **2** | **آزمایشگاه** | **مسئول امور اداری/مالی** | |  |
| **3** | **تسویه حساب ( قبوض، اجاره بها و....)** | **امین اموال** | **مسئول امور اداری/مالی** |  |
| **4** | **واحد فناوری اطلاعات معاونت** | **مسئول واحد فناوری اطلاعات** | |  |
| **5** | **حراست** | **مسئول حراست پردیس شماره2** | |  |

**نام و نام خانوادگی مسئول واحد فناور**

**تاریخ و امضاء**

\* تسویه حساب هسته/ شرکت فناور بلامانع می‎باشد.

**رئیس مرکز رشد فناوری سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان**

**تاریخ و امضاء**