

فرم متقاضی تسهیلات		دفتر کار آفرینی و تسهیلات اعتباری	فرم جمع آوری اطلاعات متقاضیان
تعداد ضمايم :	تاریخ	دانشگاه علوم پزشکی مشهد	دریافت تسهیلات

**اطلاعات متقاضیان  
(ویژه اشخاص حقوقی)**

مجاز فعالیت		خلاصه ای از علت درخواست دریافت تسهیلات
نام موسسه ثبت شده :		
نوع فعالیت :		
نوع مجوز (موافقت اصولی یا پروانه بهره برداری) :		
نام موسسین و مدیرعامل :	میزان مبلغ مورد درخواست :	
آدرس محل فعالیت :		تلفن :
		همراه :
		نمبر :
آدرس الکترونیکی :		Email&website
آیا تاکنون از بانک یا موسسات مالی و اعتباری تسهیلات دریافت نموده اید؟ نام ببرید.		
میزان مبلغ مورد درخواست :		

اینجانب ..... با سمت ..... صحت مندرجات این فرم را تأیید می کنم و متعهد می شوم هر گونه تغییرات در اطلاعات ارائه شده را سریعاً اصلاح نمایم.

تاریخ تکمیل فرم ..... امضاء و مهمدیرعامل  
و مهر موسسه یا مرکز

توجه : مقتضی است به همراه این فرم کپی پروانه ها و مجوزهای اخذ شده ضمیمه گردد.