

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

اطلاعات متقاضیان
(ویژه اشخاص حقیقی)

آخرین مدرک تحصیلی :		نام و نام خانوادگی :
رشته تحصیلی :		تاریخ و محل تولد :
نام دانشگاه :		ش.ش و محل صدور :
تاریخ فارغ التحصیلی :		شماره ملی :
شماره نظام پرستاری یا پزشکی :		نام پدر :
تلفن :	آدرس محل فعالیت :	
همراه :		
نمابر :		
Email&website		آدرس الکترونیکی :
خلاصه ای از علت درخواست دریافت تسهیلات :		
آیا تاکنون از بانک یا موسسات مالی و اعتباری تسهیلات دریافت نموده اید؟ نام ببرید.		
میزان مبلغ مورد درخواست :		

اینجانب 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 مهر و امضاء متقاضی

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