فرم درخواست مشاوره واحد ها و هسته های فناور مستقر در مرکز رشد

دانشکده فنی وحرفه ای امام محمد باقر(ع) ساری

|  |
| --- |
| نام واحد / هسته فناور : |
| نام و نام خانوادگی نماینده واحد / هسته فناور : |
| موضوع مشاوره : |
| مدت زمان مورد نیاز مشاوره: ساعت |

 مهر و امضاء مهر و امضاء

 درخواست کننده مدیر مرکز رشد

--------------------------------------------

تاییده انجام مشاوره

مدت مشاوره انجام شده : ساعت مورخ : / /

هزینه مشاوره (ریال):

 امضاء امضاء

 مشاوره گیرنده ارائه دهنده مشاوره