|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| نام : نام خانوادگی : | | تاریخ صدور: |
| عنوان : | | شماره : |
| محل خدمت: شبکه بهداشت ودرمان شهرستان آستارا | | تاریخ اجراء : |
| وضع استخدامی : | | مدت ماموریت : |
| حقوق ومزایای مستمر ماهیانه : | | وسیله نقلیه: دولتی غیردولتی  \* |
| دستمزد: | | محل ماموریت : |
| منظور از ماموریت : | | |
| خط سیر ماموریت : | | |
| مزایائی که دراین مسافرت با رعایت مقررات  وآئین نامه های مربوطه قابل پرداخت خواهد  بوداز ردیف ماده بودجه تامین اعتبار شد.  ذیحساب:  نام ونام خانوادگی : | فوق العاده ماموریت روزانه: | |
| هزینه سفر ایاب وذهاب: | |
| فوق العاده ماموریت درنقاط بدآب وهوا : | |
|  | |
| **ملاحظات** : این حکم باستناد برگ پاس ماموریت منضم به گزارش خط سیر تنظیمی صادر گردیده که فوق العاده ماموریت آن برابر مقررات وبشرط وجود اعتبار مربوطه قابل پرداخت خواهد بود. **دکتر**  **مدیر شبکه بهداشت ودرمان شهرستان آستارا** | | |

بسمه تعالي

حکم ماموریت

** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان گیلان**

**شبكه بهداشت و درمان شهرستان آستارا**