|  |  |
| --- | --- |
|  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 مقرراتوآئین نامه های مربوطه قابل پرداخت خواهدبوداز 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**