

نام شرکت یا سازمان درخواست کننده:	باسمه تعالی درخواست پیشنهاد طرح پژوهشی REQUEST FOR PROPOSAL (RFP)	دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
۱- عنوان طرح:		
۲- بیان مسئله:		
۳- اهداف اصلی مورد نظر در طرح:		

۴- خدمات مورد انتظار در طرح:

۵- محدودیت های زمانی یا هزینه ای برای انجام طرح:

۶- مشخصات کارشناس پاسخ گو در خصوص موضوع طرح:

نام و نام خانوادگی:

عنوان:

آدرس:

آدرس پست الکترونیکی:

تلفن:

۷- نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

سمت در شرکت یا سازمان:

امضاء و تاریخ: