

بسمه تعالی

شماره پرونده:

تاریخ:

فرم اطلاعات اولیه متقاضیان استفاده از خدمات کلینیک مشاوره کسب و کار

		نام شرکت / واحد صنعتی
سمت		نام و نام خانوادگی
		نوع فعالیت (محصولات / خدمات)
تلفن همراه		شماره تلفن ثابت با کد شهرستان
پست الکترونیک		نمبر
		آدرس

شرح مختصری از مساله یا نیازمندی واحد برای دریافت خدمات کلینیک:

امضاء:

تاریخ تکمیل فرم:

* لطفا پس از تکمیل اطلاعات این فرم را به شماره نمابر ۸۸۲۰۰۴۱۷ و یا پست الکترونیک edu@ghei.ac.ir ارسال فرمائید.