|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **اطلاعات مربوط به خدمت** | | |
| **دستگاه ارائه دهنده خدمت:دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي و درماني خراسان شمالي** | **شرکت ارائه دهنده خدمت: معاونت پژوهشي دانشگاه علوم پزشکي خراسان شمالي** | |
| **نام خدمت: فرآیند تصویب کتاب در شورای انتشارات دانشگاه** | | |
| **تعريف خدمت: تويب کتاب در شوراي انتشارات دانشگاه** | | |
| **ساير دستگاه هاي مرتبط در جهت انجام خدمت:** | | |
| **قوانين و مقررات مرتبط با خدمت: تاييد داوران و انجام اصلاحات لازم از سوي مولف** | | |
| **زمان ميانگين براي سرويس : 1 ماه** | | **هزينه هاي مربوط به انجام خدمت: ندارد** |
| **مدارك مورد نياز براي انجام خدمت: نامه درخواست توسط مولف و وصول کتاب** | | |
| **نحوه دسترسي به خدمت: ارسال نامه توسط فرد متقاضي از طريق اتوماسيون و يا مراجعه حضوري** | | |
| **آدرس محل مراجعه :بجنورد، خيابان شريعتي جنوبي، کوچه شهيد کريمي راد، معاونت پژوهشي** | | |
| **05842247124 تلفن :** | | **WWW.nkums.ac.irآدرس وب سايت :** |
| **ساير توضيحات** | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **هزينه هاي مربوط به خدمت** | | | | | |
| **مبلغ** | **نام بانك** | **كد شعبه** | **شماره حساب** | **نام صاحب حساب** | **توضيحات** |
| **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |
| **-** | **-** | **-** | **-** | **-** | **-** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **فرم هاي مربوط به خدمت** | | | |
| **نام فرم** | **كد فرم** | **توضيحات** | **فايل** |
| **پرسشنامه ارزیابی کتابهای تالیفی، تدوینی و گردآوری** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **نام و نام خانوادگي بالاترين مقام دستگاه :**  **دكتر محمد رضا مجدي سرپرست دانشگاه** | **مدير كل منابع انساني و تحول اداري استانداري** |
| **امضاء** | **امضاء** |