

وزارة :  
مصلحة :

## إقرار

\*\*\*\*

نقر نحن الموقعين أدناه أن طبيب بيطري /

يعمل بنظام التعاقد بإدارة ، كما نتعهد بأن المذكور سيقوم بسداد الرسوم سنويا حتى منحه الدرجة . وفي حالة عدم سداده للرسوم نتعهد بالسداد . وهذا إقرار منا بذلك ،،

### المقر الثاني

الاسم :  
الوظيفة :  
الرقم القومي :  
التوقيع :

### المقر الأول

الاسم :  
الوظيفة :  
الرقم القومي :  
التوقيع :

السادة الموقعين بعالية يعملان في مصلحة وفي حالة عدم سداد الطالب المذكور لهذه الرسوم ومطالبة الكلية بخصم المبالغ تتعهد المصلحة بالخصم من مرتبات المذكورين أعلاه وسدادها بشيك بأسم كلية الطب البيطري جامعة أسيوط.

يعتمد،،

رئيس المصلحة

مدير شئون العاملين

المختص

الاسم :  
التوقيع :

الاسم :  
التوقيع :

الاسم :  
التوقيع :

ختم شعار الجمهورية