فرم بازدید از کالای اسقاط

ردیف	نام شرکت	نام نماینده شرکت در بازدید	تاریخ بازدید	امضاء
1				

مدیریت بیمارستان شفاء مسجدسلیمان

با سلام

به استحضار می رساند نماینده این شرکت ،آقای .....در تاریخ .....بازدید کامل از کالای اسقاطی اعلام نیاز به شماره

.....را داشته اندو قیمت گذاری بر مبنای بازدید کامل از کالا انجام شده است.

محل مهر و امضاء شرکت