بسمه تعالی

فرم درخواست خرید کالا

شماره داخلی: ۱۴۰۳/۸۰۱/د/۵/خ/۶۳۵

تاریخ: ۱۴۰۳ / ۰۲ / ۰۱

تلفن داخلی: ۲۸۰

واحد متقاضی: نقلیه

ردیف	کد کالا	عنوان کالا	واحد کالا	تعداد-مقدار کالا به عدد	تعداد-مقدار کالا به حروف	توضیحات
۱		لاستیکR۱۵/۲۲۵/۷۵ امبولانس بنز ۴۲	حلقه	۴		
۲				۰		
۳				۰		
۴				۰		
۵				۰		
۶				۰		
۷				۰		
۸				۰		
۹				۰		
۱۰				۰		
۱۱				۰		

اظهار نظر واحد تجهیزات پزشکی

نام و نام خانوادگی مسئول تجهیزات پزشکی

اظهار نظر واحد فناوری اطلاعات

نام و نام خانوادگی مدیر واحد فناوری اطلاعات

اظهار نظر دفتر فنی مهندسی

نام و نام خانوادگی دفتر فنی و مهندسی

اظهار نظر واحد بهداشت محیط

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت محیط

اظهار نظر واحد تغذیه

نام و نام خانوادگی مسئول واحد تغذیه

اظهار نظر واحد انبار

در انبار موجود نمی باشد

نام و نام خانوادگی مسئول انبار

مهدی محمد علیپور

اظهار نظر واحد اموال

نام و نام خانوادگی مسئول اداره اموال

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: محمدرضا کرد اوغلی

نام و نام خانوادگی مسئول واحد: محمدرضا کرد اوغلی

سمت مسئول واحد: سرپرست نقلیه بیمارستان رازی

نام و نام خانوادگی مدیر مالی واحد: ---انتخاب---

نام و نام خانوادگی تصویب کننده: دکتر علی مطلبی ناحیه

سمت تصویب کننده: سرپرست مدیریت مرکز روانپزشـ