بسمه تعالی

فرم درخواست خرید کالا

شماره داخلی ۱۴۰۳/۸۰۱/د/۵/خ/۳۴۳

تاریخ ۱۴۰۳ / ۰۱ / ۲۱

تلفن داخلی ۵۰۲

احد متقاضی تغذیه

ردیف	کد کالا	عنوان کالا	واحد کالا	تعداد-مقدار کالا به عدد	تعداد-مقدار کالا به حروف	توضیحات
۱		مکمل غذایی پرپروتئین فست میل	قوطی	۲۵۰		
۲		مکمل غذایی دیابتی فست میل	قوطی	۵۰		
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

موردتاید است.

نام و نام خانوادگی مسئول واحد تغذیه

داود حیدری

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

داود حیدری

نام و نام خانوادگی مسئول واحد

داود حیدری

سمت مسئول واحد

سرپرست تغذیه بیمارستان رازی

نام و نام خانوادگی مدیر مالی واحد

نام و نام خانوادگی تصویب کننده

دکتر علی مطلبی ناحیه

سمت تصویب کننده

سرپرست مدیریت مرکز روانپزشکی