بسمه تعالی

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی هرمزگان

شماره : کالا/۱۴۰۲/۳۳۰۳۳

تاریخ : ۱۴۰۲ / ۱۱ / ۲۹

فرم درخواست کالا و خدمات

انبار: تدارکات		**درخواست تحویل کالا**	
واحد متقاضی/پروژه: مراکز شهری روستایی و واحدهای ستادی		**شماره:**	**تاریخ:**

	عنوان کالا	**تعداد/ مقدار**	**برآورد قیمت**	
			نرخ (فی)	**مبلغ**
1	نوارچسب	۲۲۵عدد		
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
جمع کل :				

متقاضی (مسئول واحد)	**تایید کننده (مدیر مربوطه)**	**تصویب کننده (معاون/مدیر/ریاست)**	**تامین اعتبار**	
			تامین اعتبار	**مدیر مالی**
امیر آشوری	محمود احدیان			