شماره درخواست.................. بسمه تعالي فرم شماره: MEE\_FO\_03

تاريخ درخواست................... مركز بهداشت شهرستان.....................

مركز بهداشتي درماني شهري/روستايي.......................پايگاه/خانه بهداشت.....................

**فرم درخواست خريد كالا**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | شرح كامل مشخصات اشياء مورد درخواست | نام واحد | تعداد يا مقدار درخواستي | تعداد يا مقدار تصويبي | بهاي واحد | محل تامين اعتبار | بهاي كل تصويبي |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |

درخواست كننده مسئول واحد مديريت

امضاء شبكه

موافقت ميشود لوازم مورد درخواست را به نازلترين بهاء ممكنه از محل اعتبار مربوطه خريداري و تحويل انبار شود

مبلغ..............................ريال از محل تامين اعتبار ......................... ...............تامين گرديد.

رئيس تداركات رئيس امور مالي رئيس شبكه