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