شماره درخواست.................. بسمه تعالي فرم شماره: MEE\_FO\_02 تاريخ درخواست................... مركز بهداشت شهرستان............

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

 **فرم درخواست تحويل كالا از انبار**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | **شرح درخواست كالا** | **نام واحد** | **تعداد يا مقدار درخواستي** | **تعداد يا مقدار تصويبي** | **شماره كارت** | **ملاحضات** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |

 درخواست كننده مسئول حسابداري تداركات واحد مدير شبكه تحويل گيرنده

اسم وامضاء.........................................................................................................