

بسمه تعالی

بهاء تقریبی :

سازمان تامین اجتماعی

تاریخ : ۱۴۰۵/۰۵/۱۷

مدیریت درمان استان مازندران

شماره :

شماره صفحه تامین اعتبار

بیمارستان بوعلی نکا

شماره ردیف تامین اعتبار

((ورقه درخواست))

اتفاق عمل			نام قسمت درخواست کننده :
ملاحظات	مقدار/تعداد	شرح کالا	ردیف
	عدد، بسته ...		
طبق جدول مشخصات فنی پیوست	تعداد طبق جدول پیوست	ابزار جراحی جنرال	۱
			۲
			۳
			۴
			۵
			۶
			۷
			۸
			۹
			۱۰
			۱۱

رئیس بیمارستان

موافقت می شود

امضاء درخواست کننده

حسابداری

مسئول اعتبارات

مسئول اداری