

بسمه تعالی

تاریخ : ۱۴۰۵/۰۵/۱۷

سازمان تامین اجتماعی

بهاء تقریبی :

شماره :

مدیریت درمان استان مازندران

شماره صفحه تامین اعتبار

بیمارستان بوعلی نکا

((ورقه درخواست))

شماره ردیف تامین اعتبار

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

امضاء درخواست کننده

موافقت می شود

رئیس بیمارستان

مسئول اداری

مسئول اعتبارات

حسابداری