بسمه تعالی

شماره داخلی: ۱۴۰۲/۸۰۱/د/۵/خ/۷۵۰۸

تاریخ: ۱۴۰۲ / ۱۱ / ۰۴

تلفن داخلی: ۳۷۲

فرم درخواست خرید کالا

واحد متقاضی: پرستاری

ردیف	کد کالا	عنوان کالا	واحد کالا	تعداد-مقدار کالا به عدد	تعداد-مقدار کالا به حروف	توضیحات
۱		دستبند دائمی اعصاب و روان	جفت	۱۴		
۲		پابند دائمی اعصاب و روان	جفت	۱۴		
۳		نگهدارنده مدیکال یکبار مصرف دست و پای بیمار	جفت	۲۵		
۴				۰		
۵				۰		
۶				۰		
۷				۰		
۸				۰		
۹				۰		
۱۰				۰		
۱۱				۰		

اظهار نظر واحد تجهیزات پزشکی: مورد تایید است

نام و نام خانوادگی مسئول تجهیزات پزشکی: سمیرا آبام

اظهار نظر واحد فناوری اطلاعات:

نام و نام خانوادگی مدیر واحد فناوری اطلاعات:

اظهار نظر دفتر فنی مهندسی:

نام و نام خانوادگی دفتر فنی و مهندسی:

اظهار نظر واحد بهداشت محیط:

نام و نام خانوادگی مسئول بهداشت محیط:

اظهار نظر واحد تغذیه:

نام و نام خانوادگی مسئول واحد تغذیه:

اظهار نظر واحد انبار: درانبارموجودنمی باشد

نام و نام خانوادگی مسئول انبار: مهدی محمدعلی پور

اظهار نظر واحد اموال:

نام و نام خانوادگی مسئول اداره اموال:

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: نرگس سبحانی

نام و نام خانوادگی مسئول واحد: دکترامین اجلی

سمت مسئول واحد: مدیریت خدمات پرستاری بیمار،

نام و نام خانوادگی مدیر مالی واحد: ---انتخاب---

نام و نام خانوادگی تصویب کننده: دکتر علی مطلبی ناحیه

سمت تصویب کننده: سرپرست مدیریت مرکز روانپزش