جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

معاونت غذا و دارو

فرم درخواست

تاریخ : .....

شماره : .....

واحد درخواست کننده : بیمارستان شهید دکتر چمران کنگاور

ردیف	نام کالا	تعداد مورد نیاز	ملاحضات
۱	نایلون زباله مشکي (طول)۱۰۰*(عرض)۸۰ - باز شده	۱۵۰۰	
۲	نایلون زباله زرد (طول)۱۰۰*(عرض)۸۰ - باز شده	۲۰۰۰	
۳	نایلون زباله مشکي (طول)۹۰*۱۱۰(عرض)(زباله سوز) – باز شده	۱۰۰۰	
۴	نایلون سفید (طول)۵۳*۳۵(عرض) دسته دار – باز شده	۱۵۰	
۵	نایلون سفید (طول)۴۶*۲۲(عرض) دسته دار – باز شده	۱۵۰	
۶			
۷			
۸			
۹			
۱۰			
۱۱			
۱۲			
۱۳			
۱۴			
۱۵			

درخواست کننده : مسئول انبار **مسئول واحد درخواست کننده : کارپردازی**

حداقل تاریخ انقضا ۱ سال باشد.

هزینه حمل ونقل تا مقصد به سرجمع فاکتور اضافه شود

کلیه کالا ها دارای پروانه بهداشتی غذا ودارو با فرمت ***/** باشند.**

پرداخت مبلغ فاکتور در زمان مقرر بعد از تایید کیفیت کالاها توسط مسئول آشپزخانه و تایید بهداشتی صورت خواهد گرفت.

در صورت منطبق نبودن کالا ها با لیست پیوست و عدم کیفیت وشرایط ذکر شده هزینه عودت بر عهده فروشنده خواهد بود.

کد اقتصادی و شناسه ملی یا کد ملی فروشنده به همراه شماره شبا وبانک مقصد جهت تسویه در فاکتور وپیش فاکتور درج شود

حد اقل زمان باز پرداخت ۴ ماه