

1208

3

UŞAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İHTİYAÇ TALEP FORMU

Doküman No:
KU.FR.001

Yayın Tarihi
HAZİRAN 2014

Revizyon No
01

Revizyon Tarihi
Aralık 2016

Sayfa No:
1/1

TALEP EDEN BÖLÜM

| SIRA NO | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---------|---------------------|-----------------|----------------------|--------|-------|-----------------------|-------------------------------------|----------------|---------------------------------------|------------------------|
| | BÜTÇE UYGULAMA KODU | MEDİN STOK KODU | TALEP EDİLEN MALZEME | MIKTAR | BİRİM | ANA DEPO STOK MIKTARI | BİR ÖNCEKİ TAKVİM YILI ALIM MIKTARI | İSTEMİN SÜRESİ | DAHA ÖNCEKİ ALIM ŞEKLİ VE ALIM TARİHİ | ORTALAMA AYLIK TÜKETİM |
| 1 | | | Soguk buhar cihazı | | | 1 (Bra) | Adet | | | |
| 2 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | |

11 BÖLÜMÜN TALEP GEREKÇESİ

Ameliyathane ve yoğun bakımda beraber kullanılmak üzere solunum sikantesi olan

25.07/2018

Bölüm Sorumlusunun
imza ve kaşesi
UZAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
UZAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
UZAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
UZAK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

*Lütfen Kabul edilebilir gerekçelerinizi giriniz

NOT: 3, 4, 5, 8 ve 11 nolu alanlar Servis Sorumlusu tarafından doldurulacaktır.

hastalar için kullanılacaktır. (Onay verilirse teknik şartname hazırlanacaktır.)

| | | |
|----------------|-----------------|---|
| 12 DEPO GÖRÜŞÜ | 13 TAŞINIR KODU | 25.07/2018 |
| Stok yok | 253.03.05 | Taşınır kayıt yetkilisinin imza ve kaşesi İsmail KURDEN Taşınır Kayıt Yetkilisi |

*Lütfen talebin özelliğine göre ilgili depo görüşünü aldıktan sonra talep ön inceleme birimlerine teslim ediniz.

TALEP ÖN İNCELEME KOMİSYONU GÖRÜŞÜ

...../...../20.....

| | | | |
|------------|----------------|--|---|
| BÜTÇE KODU | İHALE |/...../..... |/...../..... |
| ALIM ŞEKLİ | DOĞRUDAN TEMİN | Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu onaylarınıza uygun görüşe arz ederim. Gerçekleştirme Görevlisi İdari ve Mali Hizmetler Müdürü | UYGUNDUR / UYGUN DEĞİLDİR. Harcama Yetkilisi Hastane Yöneticisi |

SATINALMA TALEP FORMU

| Sıra | Kod | Eşyanın Nevi | Özelliği | Miktar | Türü |
|------|--------------------|-----------------------------------|----------|--------|------|
| 1 | 253-03-05-24100090 | NEBÜLİZATÖR - HUMIDIFIER CİHAZLAR | | 1 | ADET |

Talep Edenin

Adı Soyadı : HAKAN DAL

Ünvanı :

Yukarıda cinsi miktarı yazılı malzeme/malzemeler ambar stoklarında benzerleri dahil olmak üzere vardır/yoktur. Kod sıralarında gösterilmiş bulunan malzemelerin ekli şartnamelere göre satın alınması, satın alınan ürünlerin şartnamelerde belirtilen usullere göre Müdürlüğümüzün ilgili ambarlarına teslim edilmesi gerekir.

Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilisi

İSMET KURDEN