|  |
| --- |
| **TIBBİ SARF MALZEME İSTEK FORMU** |
| **S.N** | **MALZMENİN ADI** | **ÖLÇÜ BİRİMİ** | **İSTENİLEN MİKTAR** | **KARŞILANAN MİKTAR** |
| **1** |   |   |   |   |
| **2** |   |   |   |   |
| **3** |   |   |   |   |
| **4** |   |   |   |   |
| **5** |   |   |   |   |
| **6** |   |   |   |   |
| **7** |   |   |   |   |
| **8** |   |   |   |   |
| **9** |   |   |   |   |
| **10** |   |   |   |   |
| **11** |   |   |   |   |
| **12** |   |   |   |   |
| **13** |   |   |   |   |
| **14** |   |   |   |   |
| **15** |   |   |   |   |
| **16** |   |   |   |   |
| **17** |   |   |   |   |
| **18** |   |   |   |   |
| **19** |   |   |   |   |
| **20** |   |   |   |   |
| Kliniğimizin ihtiyaçları için yukarda belirtilen malzemelerin verilmesi rica olunur. | Karşılanan miktar belirtilmiştir. |
| **İstek Yapan**  | **Depo Sorumlusu** |
| Adı, Soyadı | Adı, Soyadı |
| Unvanı | Unvanı |
| İmzası | İmzası |
| Tarih | Teslim Tarihi |
| Belgenin bir örneği istek yapan klinikte dosyalanmak üzere 2 nüsha olarak doldurulacaktır. |
| Bu bölümler istek yapan kişi tarafından doldurulacaktır. |
| Tam olarak doldurulmamış formlar dikkate alınmayacaktır. |
| Formlar imzalı olarak teslim edilecektir. |
| Malzeme istekleri her hafta Pazartesi günü yapılmaktadır. |