|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | | |