|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\sm\Desktop\yeni_logo.jpg** | **T.C.****Sağlık Bakanlığı****Antalya İl Sağlık Müdürlü’ğü****MALZEME İSTEK FORMU** |
| **İSTEM YAPAN BİRİM:** | **TARİH: …… /…… /…… NO:** |
| S.NO | MALZEME KODU | MALZEME ADI | ÖLÇÜ BİRİMİ | İSTENİLEN MİKTAR | KARŞILANAN MİKTAR |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| Birimimiz ihtiyacı için yukarıda belirtilen malzemelerin verilmesi rica olunur. | 1. "Karşılanan Miktar" sütununda kayıtlı miktarları **TESLİM EDİLMİŞTİR.**
2. ……………………… no’lu malzemeler depoda **MEVCUT DEĞİLDİR.**
 |
| İstek Yapan Birim SorumlusuAd SoyadUnvanİmza | Taşınır Kayıt YetkilisiAd SoyadUnvanİmza |
| ***NOT:* *İSTENİLEN MALZEME DEPODA YOK İSE SATIN ALMA TALEP FORMU (FR 12 ) DÜZENLENECEKTİR.***  |