



T.C. Sağlık Bakanlığı

İHTİYAÇ TALEP FORMU



NALLIHAN
DEVLET HASTANESİ

Kodu :MC.FR.09

Yayın
Tarihi:03.08.2009

Revizyon No:03

Revizyon Tarihi:13.01.2016

Sayfa No/Sayısı:1/1

Sıra No	MKYS KODU	MALZEME ADI	Miktarı	Birim
1		Budesonid 0,5 mg/ml 2 ml	2000	ADET
2		Nebülizer Süspansiyon		
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

**Teknik Şartname varsa her sayfası kaşelenip imzalanacaktır.*

Yukarıda istemi yapılan taleplerimizin önceki dönemlerde sarf edilen miktarlarla uyumlu olduğu ihtiyacı fazla talep edilmediği, fazla talep edilmesinden kaynaklanan yasal sorumlulukların tarafımıza ait olduğunu, hazırlanmış olduğumuz talebe ait ekteki teknik şartnamelerin yürürlükteki yasa ve yönetmeliklere uygun olduğu ve rekabete engel teşkil etmediğini TALEP EDEN BİRİM OLARAK taahhüt ederiz.

BİRİMİN TALEP GEREKÇESİ	22...02...2016	22...02...2016
Statte bulunmakta ve ihaleden alınmaktadır.	Talep Eden İmza ve Kaşe Hatice RAHVAN Eczacı H. Rahvan	Birim yetkilisi İmza ve Kaşe Hatice RAHVAN Eczacı H. Rahvan

İLGİLİ DEPO GÖRÜŞÜ(Eczane/Laboratuar ve Kit/Genel Depo)/...../.....
Ihalede alınardığı için tedarik edilmesi gerekmektedir.	Taahhüt Kayıt Yetkilisi İmza ve Kaşe Hatice RAHVAN Eczacı H. Rahvan

Yukarıdaki talebin satın alınması hususunu uygun görüşle arz ederim. Gerçekleştirilme Görevlisi Adı Soyadı Parçası	UYGUNDUR/UYGUN DEĞİLDİR Harcanma Yetkilisi Adı Soyadı İmzası
---	---