



YALOVA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

TAŞINIR İSTEK FORMU

D.Kodu:KU.FR.10

Yayın Tarihi:01.03.2018

Revizyon Tarihi:11.02.2022

Revizyon No:01

Sayfa No:1/1

İstek Yapan Birim:

Tarih:

No:

TAŞINIRIN

SIRA NO	DÜZEY DETAY KODU	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					

Birimimizin ihtiyacı için belirtilen taşınırların verilmesi rica olunur.

“ Karşılana n miktar ” sütununda kayıtlı miktarlar teslim edilmiştir.

İstek Yapan Birim Yöneticisi

Adı, Soyadı:

Unvanı:

İmzası:

Taşınır Kayıt Yetkilisi

Adı, Soyadı:

Unvanı:

İmzası:

Malzemeyi Teslim Alan

Adı, Soyadı:

Unvanı:

İmzası:

Not: Belgenin bir örneği istek yapan birimde dosyala nmak üzere taşınırın teslim edildiği görevliye verilir.