



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده پردیس بین الملل

بسمه تعالی

فرم درخواست خرید

شماره: ...

تاریخ: ...

پوست: ...

ردیف	نام کالا	تعداد درخواست	واحد کالا	تعداد / مقدار تحویلی	توضیحات
۱					
۲					
۳					
۴					
۵					
۶					
۷					
۸					
۹					
۱۰					

شخص درخواست کننده

نام و نام خانوادگی و امضا

مدیر واحد

نام و نام خانوادگی و امضا

تایید کننده نهایی