



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi

Doküman Kodu: MC.FR.01  
Yayın Tarihi : 19/06/2011  
Revizyon Tarihi:  
Revizyon No : 00

**İHTİYAÇ TALEP FORMU**

Talep Eden Birim:.....

.../.../.....

Sn	Malzeme/Hizmet/İş Adı	Miktar	Birim (Adet, Kutu vb)	Kabul	Red
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Yukarıda istemi yapılan talebin ihtiyaçtan fazla talep edilmeği, fazla talep edilmesinden kaynaklanan yasal sorumlulukların tarafımıza ait olduğunu, hazırlamış olduğumuz talebe ait ekteki teknik şartnamelerin yürürlükteki mevzuata uygun olduğunu taahhüt ederiz.

Birimin Talep Gerekçesi

*Talep Eden  
İmza*