

فرم شماره بیک		شماره درخواست:		
فرم درخواست کالای پزشکی		نام بخش / گروه:		
		تاریخ:		
	نام مرکز / بیمارستان:	نام بخش / گروه:		
	نام کالا:	مشخصات کالا:		
نوع نیاز:				
<input type="checkbox"/> درمانی / تشخیصی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> پژوهشی <input type="checkbox"/> بهداشتی				
دلایل نیاز:				
<input type="checkbox"/> فقدان کالا <input type="checkbox"/> کمبود کالا <input type="checkbox"/> نبود قابلیت های مورد نیاز <input type="checkbox"/> خرابی مکرر <input type="checkbox"/> عمر بالای ده سال <input type="checkbox"/> اسقاط بودن کالای موجود <input type="checkbox"/> توسعه بخش <input type="checkbox"/> استاندارد سازی بخش <input type="checkbox"/> اقتصادی نبودن استفاده از کالا <input type="checkbox"/> افزایش درآمد <input type="checkbox"/> سایر موارد:				
نام و امضاء متقاضی:		نام و امضاء مسئول بخش:		
<input type="checkbox"/> مورد تایید است. <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.				
مستور ریاست مرکز / بیمارستان:				
توضیحات:				
اولویت نیاز پیشنهادی:				
<input type="checkbox"/> اولویت اول	<input type="checkbox"/> اولویت دوم	<input type="checkbox"/> اولویت سوم		
حد اقل:				
برآورد بودجه مورد نیاز:				
نظریه کارشناسی:				
<input type="checkbox"/> مورد تایید است. <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.				
تاریخ:				
دلائل:				
<input type="checkbox"/> مورد تایید است. <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.				
اولویت نیاز مصوب:				
<input type="checkbox"/> اولویت اول	<input type="checkbox"/> اولویت دوم	<input type="checkbox"/> اولویت سوم		
نحوه تامین کالا:				
اعضاء کمیته:				
-۱	-۲	-۳	-۴	
-۵	-۶	-۷	-۸	

پیوست ۱: نمونه فرم اعلام نیاز کالا