

کد: MH-FO-006/05 تاریخ آخرین بازنگری 1403/02/03:	فرم خروج کالا از بیمارستان	
--	----------------------------	---

نام واحد صادر کننده : شماره سند :	تاریخ سند :
--	-------------

ردیف	نام کالا/اموال	کداموال	مقدار	واحد	طرف مقابل	توضیحات
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
تأیید واحد درخواست کننده :		تأیید واحد مربوطه	تأیید واحد حراست	تأیید مدیریت / ریاست بیمارستان		

تأیید امین اموال تأیید مسئول پشتیبانی ساعت خروج نوع وسیله نقلیه شماره پلاک