

Bestellanforderung

Klinik/Institut: _____ Bereich/Station: _____

Kostenstelle | 0 | 9 | _____

EKG: _____

Auftrags-Nr. | _____

Pos. | _____

Beleg-Nr. **54465**

Für Tech. Platz Struktur/Bezeichnung: _____

Für Equipment Nr./Bezeichnung: _____

Anforderer

Materialklasse	Menge	ME	Kurzbezeichnung	ca. Wert	Konto (Einkauf)

auszuf. d. Eink.

ca. Lieferdatum _____

ca. Gesamtwert _____ EURO

Angaben zum Wunsch-Lieferanten:

Lieferanten-Nr. | 1 | 0 | 1 | _____

oder Adresse _____

Werkstatt-Nr. | _____

Datum _____ Unterschrift _____

Bearbeitet am/durch _____ Datum _____ Unterschrift _____

Banf zu: Pos. 1 _____ Pos. 4 _____
 Pos. 2 _____ Pos. 5 _____
 Pos. 3 _____

Bestellt: Bestell-Nr. | _____ / _____ Datum _____ Unterschrift _____