شماره :	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی 	تنخواه گردان
تاريخ :	صورتخلاصه پرداختهای تنخواه گردان	از تاریخ لغایت

شماره حساب	شماره حساب	شماره حساب	شماره حساب		غ تنخواه گردان	مبل	ورخه از		مورخه -
				مبلغ – ريال	_		پرداخت	برگ	رديف
شماره حساب	شماره حساب	شماره حساب	شماره حساب		شرح	ż	تاري	شماره	ردیف
					جمع پرداختها	کننده :	ا تأييد	نده :	تهیه کن
					مانده تنخواه گردان				

	د، مانہ	بمداشتي	خدمات	پزشکی و	، علوم	دانشگاه
••••	عارتماني	بهداستي		پرست و	، حبوم	

برگ تحویل کالا به انبار

پروژه / فعالیت :

تاریخ درخواست :

حسابداری		کد	ار	مقدار		مشخصات كالا		شماره	ردیف
مبلغ / ريال	نرخ	كد فغاليت	تحویلی	درخواستی	واحد	شرح	کد	درخواست کالا	رديت
			توزیع نسخ ۱- حسابداری	تأئيد كننده		تحويل دهنده	رنده	اــــــــــــــــــــــــــــــــــــ	
		ر سند	توزیع نسخ ۱– حسابداری ۲– حسابداری صدو ۳– انبار		نام:	نام:			نام:
			,	امضا		امضا	امضا		

	د, مانی	بهداشتي	خدمات	ن شکی و	علوم	دانشگاه
•••••	عرسع ی	بهداستي		برسحی و		00000

برگ رسید کالا به انبار

پروژه / فعالیت :

تاریخ درخواست :

حسابداری		کد	ار	مقد		مشخصات كالا		شماره	ردیف
مبلغ / ريال	نرخ	كد فغاليت	تحويلى	درخواستی	واحد	شرح	کد	درخواست خرید	ردیت
			توزیع نسخ ۱- حسابداری	تأئيد كننده	نام:	تحویل دهنده نام:	رنده	تحویل گی	نام:
		ر سند	توزیع نسخ ۱– حسابداری ۲– حسابداری صدو ۳– کارپردازی ۴– انبار	امضا	.۳5	امضا امضا	امضا		. ۳۰

صورتخلاصه تنخواه تداركاتي

	مبلغ / 	شماره حساب	شماره رسید						ردیف
ملاحظات	ريال	. ,	کالا به انبار	مقدار	واحد	شرح		کد)
توزیع نسخ : ۱- حسابداری ۲- انبار ۳- کارپردازی	3333333333333	ىدە	تصویب کنن نام:		ننده	تأئيد ک نام:	نده	تهیه کن	نام:
۱- ایبار ۳- کارپردازی		امضا	,	امضا		,	امضا		'
		U2201		المنص			- C-261		

	تاریخ درخواست :
شماره :	كد پروژه / فعاليت :

درمانی	بهداشتي	خدمات	و	پزشکی	علوم	دانشگاه
--------	---------	-------	---	-------	------	---------

برگ رسید و تحویل مستقیم کالا

					توسط انبار تکمیل می گردد					ردیف
حسابداری		کد	دار 	مقد		مشخصات كالا			شماره	ردیت
مبلغ / ريال	نرخ	فعاليت	تحويلى	درخواستی	واحد	شرح		کد	درخواست خرید	
	جمع :		توزیع نسخ ۱– حسابداری انبار	ورد / محل مصرف	<u> </u>	تحویل گیرنده نهائی		اداری	انبار / امور	
		ا.	۲- حسابداری صدور با		پروژه / قس		نام:			نام:
رائی ثابت:	نام و امضا : ثبت كارت دار		۰ کارپردازی ۴- انبار		شماره پروژ	امضا	امضا			

	شماره :				شتی درمانی	بزشکی و خدمات بهدار	انشگاه علوم پ
: 0	ردادی پایان ما	دی 📗 غیر قرار	ا قراردا		ىدمات ارائه شده	ه قیمت تمام شده خ	صور تخلاصا
ه پروژه ها /فعالیت	قیمت تمام شد	کد	" II à / à 1:	ارائه شده	ن صورت وضعیت خدمات	مشخصات صورت	
ساير	پروژه ها		نام پروژه / فعالیت	مبلغ ناخالص درآمد	نام كارفرما	تاريخ	شماره
	I	I				جمع	
	ب بدهکار	شماره حساب	توزیع نسخ ۱- ضمیمه سند حسابداری ۲- بایگانی سریال حسابداری	تأئيد كننده	نام:	تهیه کننده	نام:
	ب بستانکار	شماره حساب		امضا	مضا	ا	

شماره :	عنوان و شماره پروژه / فعالیت	كل پروژه / فعاليت	نام پروژه / فعالیت
تاريخ :			ام کارفرما:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

مبلغ – ريال	جزئیات قیمت برآوردی پروژه / فعالیت				جزئيات ق			مشخصات پروژه / فعالیت
	نرخ ساعت کار	جمع ساعت	کارکرد هر نفر(ساعت)		کارکرد کارکنان پروزه			
						للل شروع پروژه / فعالیت :		
				کارکرد	جمع ساعات			
					مواد و قطعات	داد :	تاريخ قرار	شماره قرارداد :
					خدمات خارج ازموسسه	بات :	پیش بین تاریخ شروع عملی	مدت قرارداد :
					:	پیش بینی تارخ تکمیل عملیات : تاریخ شروع عملیات (واقعی) :		
					ساير هزينه ها	صورت وضعيت :		کل مبلغ قرارداد :
	جمع کل قیمت برآوردی پروژه / فعالیت			جمع کل قیمت برآوردی ب	ی :	ريال مبلغ درآمد قطع	بودجه منظور شده :	
توزیع نسخ		 بھائی	تصویب ن		تكميل كننده	تصویب کننده	تأئيد كننده	تهیه کننده
	۱ - مدیر / مسئول ۲ - حسابداری		:	نام	نام :	نام :	نام :	ا نام :
ه کارفرما / پروژه / فعالیت		امضا			امضا	امضا امضا		امضا

تاریخ دریافت تدارکات	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
	برگ درخواست خرید
كد فعاليت	

امضاء

تاریخ درخواست		تاریخ دریافت تدار کات

,										
	قيمت	برآورد	مقدار			У	مشخصات کا			
	کل	فی	درخواستی	واحد		7	شر	د	ک	ردیف
	نسخ	توزیع	ئننده	تصویب ک		ده	تأئيد كنند		هیه کننده	
	داری	۱- تدارک ۲- حساب								نام :
	است کننده	۳- درخو								

تاريخ	كد پروژه / فعاليت	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
درخواست		برگ درخواست پرداخت

ريال			مبلغ :
			دروجه :
			بابت :
تصویب کننده	تأييد كننده		درخواست كننده
: (ناد	نام :	نام :
			دايره :
امضاء	امضاء		امضاء
			توزیع نسخ : دریافت/ پرداخت

L

تاريخ	كد پروژه / فعاليت	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی
درخواست	333%	

ريال			مبلغ :
			دروجه :
			بابت :
پردا <i>خت گ</i> ردید.			
شماره صور تخلاصه	دريافت كننده	تأييد كننده	مسئول تنخواه گردان
	نام :	نام :	نام :
توزیع نسخ : ۱- حسابداری ۲- مسئول تنخواه	امضاء	امضاء	امضاء

صورت وضعیت ------

قتصادی :	شماره ا	اشتی درمانی	دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهد
تاریخ : شماره :			آدرس : تهران
تصادی :	شماره اق		نـــام :
بس تــــ ى :	کـــد پ		نشان <i>ی</i> : تلفـن :
جمع / ريال		شرح	فيع
	جمع کل هزینه های تبعی انجام	ں 🔲 غیر نقدی	شابط: □ نقدء
	شده : تخفیف		, .,
	ماليات		
	قابل پرداخت	٤	1
	تصویب کننده	تأئيد كننده	تهیه کننده
	ا نام :	نام :	نام :
	امضا	امضا	امضا

This document was created with Win2PDF available at http://www.daneprairie.com. The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.