|  |
| --- |
| **دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز****معاونت توسعه مدیریت و منابع****صورتجلسه دريافت کالای اهدايی (غير نقدی)** |
| **تاریخ اهداء :.........................................****مشخصات اهدا کننده :****نام و نام خانوادگی :....................................................نام پدر :...................................................کد ملی :.........................................****تلفن تماس : همراه و ثابت :.............................................................................................****آدرس محل اقامت :****(در موارد اهداء توسط شخص حقوقی مشخصات دقیق شرکت و فرد رابط قید گردد):** |
| **شرح کالای اهدایی** (نوع کالا ، برند ، و تعداد دقیق قید گردد ) |
| **ارزش ریالی :**(بر اساس آخرین قیمت خرید و یا برآورد کارشناسی مبلغ کلی موارد اهداء شده درج گردد.) |
| **نیت فرد اهداء کننده :**(صرفا در صورت اعلام توسط خیر توسط مسئول حراست تکمیل گردد . |
| **تایید کیفیت و سلامت بهداشتی کالا :**با توجه به بررسی صورت پذیرفته توسط کارشناس ذیل این صورتجلسه، به دلیل :مصرف کالای فوق مورد تایید می باشد / نمی باشد. |
| **رییس / مدیر واحد رییس امور مالی واحد مسئول حراست واحد** |
|  |