


کد فرم: MH-CH-۰۰۱/۰۴ تاریخ آخرین بازنگری: ۱۴۰۳/۰۲/۰۳	برگ نقل و انتقال و جابجایی دارایی ثابت	 بیمارستان مهاباد MAHABADI HOSPITAL
---	---	---

نام و نام خانوادگی تحویل دهنده:	واحد تحویل دهنده:
---------------------------------	-------------------

نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده:	واحد تحویل گیرنده:
----------------------------------	--------------------

ردیف	شرح دارایی	شماره پلاک	مدل	توضیحات
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				
۸				
۹				
۱۰				
۱۱				
۱۲				
۱۳				
۱۴				
۱۵				
۱۶				

امضاء امین اموال	امضاء تحویل دهنده	امضاء تحویل گیرنده	امضاء مسئول مالی	مدیریت / ریاست
------------------	-------------------	--------------------	------------------	----------------