

Beschaffungsanforderung

IT Anforderungen: Bitte separates Formular ausgefüllt beilegen!

Antrags-Nummer:		Aufnahme-Datum:	
Im Investplan enthalten:	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>		
Produktbezeichnung (Leistungsbeschreibung und 1. Angebot beifügen)			
Investitionsanlass			
Neu	<input type="checkbox"/>	Ersatz	<input type="checkbox"/>
		Ergänzung	<input type="checkbox"/>
Kosten (150,00 bis 1.000,00 € netto)		Projektkosten (durch führende Stelle ausfüllen)	
Anforderungsgrund/Darstellung des Nutzen (Anlagen beifügen)			
Anschaffungszeitraum:		Telefonnummer:	
Eingereicht – Name:			
Klinik/Abteilung:			
Ansprechpartner:			
E-Mail:			
<i>(Abteilungsleiter, Chefärzte, Direktionen, Vorstand)</i> Datum, Unterschrift			
Prüfung der Liquidität durch DLZ F:	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/>	Quartal: _____	
Handlungsempfehlung:			
_____ Datum, Unterschrift			
Genehmigung erteilt <input type="checkbox"/> nicht erteilt <input type="checkbox"/>			
<i>(Freigabe der Beschaffung)</i>		_____ Datum, Unterschrift	
Weiterleitung am: _____ Unterschrift: _____			
Beschaffungsauftrag an: <input type="checkbox"/> DLZ E&L <input type="checkbox"/> DLZ MT <input type="checkbox"/> DLZ IT <input type="checkbox"/> DLZ T			
z. Hd.: _____			
Grau hinterlegte Bereiche nicht vom Antragsteller ausfüllen!			