Bedarfserfassung

Klinik / Institut / Einrichtung:

An Fachbereich Medizin Dekanat – Einkauf Baldingerstraße h i e r	Lieferanschrift:
	Ebene: Raum-Nr.: AWT-Nr.: Ansprechpartner / in: Telefon: E-Mail:

Wird vom Dekanat – Einkauf ausgefüllt!

Bestellnummer:

Bearbeitungsnummer:

Anlagennummer:

Liefertermin bis spät.:	**Wunschlieferant:**	**Kontierung:** Fonds-Nr. bei DRM-Projekt oder Kostenstelle Forschung und Lehre:	**Datum:**

Bei dem unten aufgeführten Bedarf handelt es sich um:
a) Anlage/Inventargut über €409,- netto (Begründung / Leistungsbeschreibung erforderlich)
b) Software
c) Laborbedarf
d) Bürobedarf
e) Sonstiges _____
Hinweis: Handelt es sich um ein Einbauteil bzw. Zubehör zu einer Anlage, so ist die Angabe der ***Inventar- Nr.*** zur Kontierung auf eine bestehende Anlage unbedingt erforderlich!

Pos.	Menge	Art.-Nr./Bezeichnung der Lieferung oder Leistung	Einzelpreis ohne MwSt.	Gesamtpreis ohne MwSt.	**a- e**
010					
020					
030					
040					
050					

Skonto: %	**Rabatt:** %	**Gesamtpreis:** (netto):

Bedingungen/Konditionen: Frachtkosten: Sonstiges :	Genehmigung Kostenstellenverantwortliche/r: ..... (Unterschrift)

Stand: 02-09