**EK 2**

**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞI**

**Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı**

**HARCAMA TALEP FORMU**

Tarih : …./…./20... Sayı : ……

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Harcamanın Konusu** | Mal Alımı Hizmet Alımı Yapım İşi | | | | | | | | | | | | |
| **Yapılacak İş/ Alınacak Mal/**  **Görülecek Hizmetin**  **Süresi** | ……………………………….. Gün  …………………………….…. Ay | | | | | | | | | | | | |
| **Harcamanın**  **Yaklaşık Maliyeti** | …………………………….…. TL | | | | | | | | | | | | |
| **Kullanılabilir Ödenek Tutarı** | …………………………….…. TL | | | | | | | | | | | | |
| **Kullanılacak Ödeneğin Tertibi** | Kurumsal | | | | Fonksiyonel | | | | Fin | Ekonomik | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gerçekleştirme Şekli** | 4734 Sayılı Yasanın ……………. maddesi veya  Diğer Usuller (………………………………………………………….) | | | | | | | | | | | | |
| **Harcama İle İlgili Diğer Açıklamalar** | | | | | | | | | | | | | |
| .................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................  ..................................................................................................................................................  *………………………………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………*  *…………………………………………………………………………………………………………………………………*  *\*Malzeme listesi bu alana yazılacak olup sığmadığı taktirde ekine liste konacaktır.* | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| BAŞKANLIĞIMIZIN............................................... Bölümünde Kullanılacak .........................................Malzemelerin Alınması. | Yukarıda belirtilen harcamanın yapılmasını rica ederim  ..../..../.........  Harcama Yetkilisi  Adı-Soyadı  Ünvanı  İmza |