**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 veyaDiğer 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 YetkilisiAdı-SoyadıÜnvanıİmza |