

PERSONELİN	
Adı ve Soyadı	
Görevi	
İşe Giriş Tarihi	
T. C Kimlik No	

Aşağıda tanımı ve özellikleri belirtilen işyerimize ait emtia(ürün)ekipman sağlam ve eksiksiz olarak teslim edilmiştir.

TESLİM EDİLEN EMTIA(ÜRÜN) EKİPMAN			
S.No	Cinsi Ve Markası	Birim	Miktar
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Teslim Tarihi:

Teslim Alan Personel Adı Soyadı-İmza	Teslim Eden Adı Soyadı-İmza

(Bu bölüm geri teslimde doldurulacaktır)

Yukarıda tanımı ve özellikleri belirtilen emtia(ürün) ekipman işyerine;

☐ Hasarsız ve tam olarak teslim edilmiştir. ☐ Hasarlı ya da eksik olarak teslim edilmiştir.

Hasarlı ya da eksik teslim alınmış ise aşağıya hasarı ya da eksikliği yazınız

Teslim Tarihi:

Teslim Alan Personel Adı Soyadı-İmza	Teslim Eden Adı Soyadı-İmza

Hastanenizden 6 ay içerisinde işten ayrılman durumunda aldığım emtia(ürün, kıyafet vs) iade etmediğim takdirde ücretinin maaşımdan kesilmesini kabul ediyorum.

Adı Soyadı-İmza