Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Québec

DEMANDE DE PRODUIT D'INVENTAIRE HORS CALENDRIER

LIVRAISON

** Veuillez cocher l'une de ces options*

☐ 24 à 48 heures (RAISON OBLIGATOIRE)

*Raison : _____

☐ En 7 jours maximum

☐ Selon le calendrier des approvisionnements (maximum 14 jours)

**** Les champs précédés d'un astérisque doivent obligatoirement être complétés.***

***Requérant :** _____

***Poste téléphonique :**_____

***Service du requérant :** _____

***Installation** : _____

***Centre de coûts** : _____

***Lieu de déchargement** : _____
(local, étage)

CODE DU PRODUIT fournisseur ou SAP	DESCRIPTION	QUANTITÉ	PRIX UNITAIRE

FOURNISSEUR SUGGÉRÉ	SIGNATURE AUTORISÉE	DATE
	*	*

Estampiller la date de réception ici S.V.P.

Faire parvenir ce formulaire à :

Télécopieur : 514 642-7527

Direction Logistique