

म.ले.प.फारम नं: ४०१
साबिकको फारम नं: ५१

मधेश प्रदेश सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य निर्देशनालय
स्वास्थ्य कार्यालय रौतहट
कार्यालय कोड नं.: 3700620012
माग फारम

आ.व.

माग नं:

मिति:

क्र.सं.	सामानको नाम	स्पेलसिफिकेसन	माग गरिएको		कैफियत
			एकाइ	परिमाण	
१	२	३	४	५	६

माग गर्नेको दस्तखत:

नाम:

मिति:

प्रयोजन:

सिफारिस गर्नेको दस्तखत:

नाम:

मिति:

क) बजारबाट खरिद गरि दिनु।

ख) मौज्जातबाट दिनु

आदेश दिनेको दस्तखत:

मिति:

मालसामान बुझिलिनेको दस्तखत:

मिति:

जिन्सी खातामा चढाउनेको दस्तखत:

मिति: