

แบบฟอร์มใบเบิกอุปกรณ์



สาขา :

รายละเอียด :

ใช้งานในบริษัท :

พหลโยธิน

โรงพยาบาล พญาไท 2

943 ถ. พหลโยธิน แขวงพญาไท เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400

เจริญเน็ตเวอร์ค

Zone : Zone A

วันที่: 07 ธันวาคม 2567

เลขที่ ใบเบิก:

No.	CODE ERP	ประเภทเบิก	รายละเอียดสินค้า/รายละเอียด	จำนวน เบิก	จำนวนจ่าย	หน่วย	ราคารวม	หมายเหตุ
1								
2	205010003		Booster Return Amplifier Cable CA Net Amp.	1	ตัว	1,400.00	1,400.00	
3		#N/A	Modulator Digital T	1	ตัว	4,400.00	4,400.00	
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
16								
17								
18								
19								
20								
21	อื่นๆ ระบุ							
22	อื่นๆ ระบุ						-	
23	อื่นๆ ระบุ						-	
24	อื่นๆ ระบุ						-	
25	อื่นๆ ระบุ						-	
26	อื่นๆ ระบุ						-	
27	อื่นๆ ระบุ						-	
28	อื่นๆ ระบุ						-	
29	อื่นๆ ระบุ						-	
30	อื่นๆ ระบุ						-	

เบิกจำนวน

5,800.00 บาท

07-12-24 12:01
Warehouse V.9

ผู้ร้องขอ

จินตนา

ผู้จ่ายของ

วันที่ 07-12-67

วันที่

ผู้อนุมัติงาน

ผู้รับของ

วันที่

วันที่