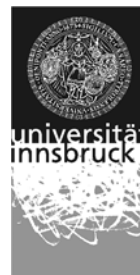


Zentraler Informatikdienst

der Universität Innsbruck

Technikerstraße 13
A-6020 Innsbruck

Telefon: 0512/507-2301
Fax: 0512/507-2944



BESTELL-/LIEFERSCHEIN für die Medizinische Universität Innsbruck

Institut/Abteilung: _____

Adresse: _____

Name des Bestellers: _____

Telefon/E-Mail _____

Kostenstelle, Innenauftrag, PSP-Element: _____ **Unbedingt erforderlich!**

<u>Produkt</u>	<u>Anzahl</u>	<u>Preis/ Einheit</u> ¹⁾	<u>Preis</u>
Summe			

¹⁾ [Preisliste](http://www.uibk.ac.at/zid/services/shop/preisliste.html): <http://www.uibk.ac.at/zid/services/shop/preisliste.html>

Datum: _____

Datum: _____

Der Institutsvorstand/
Zeichnungsberechtigte(r):

Antragsteller:

Unterschrift und Stempel

Unterschrift

Ware übernommen

von _____
(Name in Blockbuchstaben)

am: _____

SAP-Rechnungsnummer
(vom ZID einzutragen)

Unterschrift