

ANNEXE 3: FICHE MODELE POUR GESTION DE STOCKS

PROGRAMME DE SOINS OCULAIRES DE DISTRICT

ACCUSE DE RECEPTION DES MARCHANDISES

Numéro:

Date reçu	Description du matériel	Quantité	Coût Unitaire	Coût Total	Objet/destination

Reçu et vérifié par : (deux personnes indépendantes)

Signé et datée par les deux:

.....
Nom Signature Date

.....
Nom Signature Date

PROGRAMME DE SOINS OCULAIRES DE DISTRICT

Date.....

BON DE LIVRAISON

Désignation	Quantité commandée	Destination	Quantité livrée	Délivré par

Présenté par

Vérifie par

Approuvé par

.....
Nom:

.....
Nom:

.....
Nom

.....
Signature:

.....
Signature:

.....
Signature:

Délivré par

.....
Nom:

.....