



تاریخ: / /

فرم درخواست تعمیر تجهیزات پزشکی

تکمیل توسط سرپرستار بخش	نام بخش	نام دستگاه و مارک	لوازم همراه ارسالی	توضیح نقص فنی	گارانتی		شماره پلاک	تاریخ و زمان ثبت در سایت	نام و امضا
					دارد	ندارد			

تکمیل توسط واحد تجهیزات پزشکی	تاریخ بازدید		نقص فنی تشخیصی و توضیحات	دستور کار	
	زمان بازدید	مارک و مدل			
				در صورت ارجاع به پیمانکار، نام و امضاء تحویل گیرنده:	
				در صورت تعمیر توسط واحد، نام کارشناس واحد:	
				در صورت اعزام کارشناس، شماره نامه درخواست:	
				در صورت ارسال دستگاه، شماره نامه خروجی:	
			علت نقص فنی		
			<input type="checkbox"/> استهلاک طبیعی		
			<input type="checkbox"/> کاربری نامناسب		
			<input type="checkbox"/> کیفیت نامناسب		
			<input type="checkbox"/> شکستگی		

تکمیل توسط واحد تجهیزات پزشکی مرکز	تاریخ و زمان تحویل کار		شرح اقدامات انجام شده	قطعات استفاده شده مورد تایید است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
	نام تعمیر کار	کد تعمیر کار		
				داغی قطعات تحویل داده شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر
				نام و امضا کارشناس تجهیزات پزشکی
				تعارف مصوب (k) درصد قیمت نهایی
				مهر و امضا مسوول تجهیزات پزشکی
			نام، مهر و امضا شرکت پیمانکار	

تکمیل توسط بخش	دستگاه رفع عیب شده است؟		لوازم ارسالی دستگاه کامل است؟		نام، مهر، امضا و تاییدیه بخش	
	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بلی <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>		