



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پرست:

(فرم گزارش و پیشنهاد اسقاط تجهیزات پزشکی جهت طرح در کمیته اسقاط سازی دانشگاه)

نام مرکز درمانی	تاریخ تنظیم گزارش	نام تنظیم کننده گزارش

نام دستگاه	مدل دستگاه	تاریخ نصب دستگاه	شرکت خدمات دهنده	علت اسقاط سازی *

توضیحات و مستندات مورد نیاز جهت طرح و بررسی در کمیته اسقاط سازی

مستندات و معیارهای اسقاط سازی (موضوع بند ۵ ضوابط)	۱-۵ up time
	۲-۵ down time
	۳-۵ کیفیت عملکرد
	۴-۵ هزینه تعمیرات
	۵-۵ ایمنی دستگاه
	۶-۵ شرایط خدمات پس از فروش
	۷-۵ عدم سازگاری

* نکته مهم: در ستون (علت اسقاط سازی) فقط به نام و شماره تبصره های بند ۵ پیش نویس اسقاط سازی اشاره گردد. (مثال: ۳-۵ - کیفیت عملکرد یا ۵-۵ ایمنی دستگاه)

نام و نام خانوادگی و امضاء رئیس مرکز