



جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان آذربایجان غربی

بسمه تعالی

شماره:

تاریخ:

پست:

سرگناه

صورتجلسه تعیین وضعیت دستگاه معیوب جهت ارسال به شرکت جهت تعمیر

مشخصات مرکز درمانی

نام مرکز درمانی	نام مسئول واحد تجهیزات پزشکی	شماره تلفن مرکز درمانی به همراه کد پیش شماره شهرستان	آدرس مرکز درمانی

مشخصات فنی دستگاه

نام دستگاه	مدل دستگاه	شماره سریال دستگاه	نام وسایل جانبی همراه دستگاه	شماره سریال وسایل جانبی همراه دستگاه

وضعیت ظاهری دستگاه

--

مسئول واحد تجهیزات پزشکی

مسئول اموال مرکز درمانی

رئیس بیمارستان

.....

.....

.....

شرکت محترم در صورتی که مشخصات و وضعیت دستگاه با صورتجلسه ارسالی مغایرت داشته باشد قبل از تحویل دستگاه مراتب را با مسئول تجهیزات پزشکی مرکز درمانی بنام و با شماره تلفن در میان بگذارید .