



به نام خدا

اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

فرم درخواست تجهیزات

تاریخ:		شماره درخواست:		
این قسمت توسط متقاضی تکمیل می شود	نام مرکز/ بیمارستان:	نام بخش / گروه:		
	نام دستگاه:	تعداد درخواستی:		
	دلایل نیاز: <input type="checkbox"/> نبود دستگاه <input type="checkbox"/> خرابی مکرر دستگاه موجود <input type="checkbox"/> کمبود دستگاه <input type="checkbox"/> توسعه بخش <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> نبود قابلیت مورد نظر <input type="checkbox"/> عمر بالای ۱۰ سال دستگاه موجود <input type="checkbox"/> اسقاط دستگاه موجود <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>			
نام و امضاء متقاضی:	نام و امضاء مسئول بخش / گروه:			
مسئول تجهیزات پزشکی	برآورد بودجه مورد نیاز جهت خرید دستگاه:			
	برآورد هزینه لوازم مصرفی برای هر مورد استفاده دستگاه:			
	اولویت درخواست پیشنهادی:			
	<input type="checkbox"/> اولویت اول	<input type="checkbox"/> اولویت دوم	<input type="checkbox"/> اولویت سوم	
	توضیحات:			
	نظر کارشناسی: <input type="checkbox"/> مورد تایید است <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست			
نام و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی:				
دستور ریاست مرکز/ بیمارستان:				
کمیته تجهیزات پزشکی	نظر کمیته تجهیزات پزشکی			تاریخ کمیته:
	<input type="checkbox"/> مورد تایید است <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست			
	محل اعتبار لازم جهت تامین دستگاه:			
	اعضاء کمیته:			
	۱-	۲-	۳-	۴-
۵-	۶-	۷-	۸-	