



بسمه تعالی

شماره :

تاریخ : / /

مدیریت تجهیزات پزشکی معاونت درمان

فرم ب : کارشناسی تامین (خرید) تجهیزات پزشکی تا سقف معاملات کوچک مرکز / بیمارستان

نام بخش / گروه :		نام دستگاه درخواستی :		تعداد :
نوع نیاز : ☐ درمانی / تشخیصی ☐ آموزشی ☐ پژوهشی ☐ بهداشتی				
توصیف اجمالی عملکرد دستگاه درخواستی :				
آیا جهت تامین (خرید) دستگاه درخواستی تامین اعتبار شده است ☐ بله ☐ خیر		مهر و امضای مدیر امور مالی مرکز :		
محل نصب و راه اندازی دستگاه : ☐ آماده است ☐ آماده نیست (حداکثر زمان لازم جهت آماده سازی : (				
شرکت های پیشنهادی مجاز در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی (IMED) :				
تخصص عمومی	اولویت	پیشنهاد اول	پیشنهاد دوم	پیشنهاد سوم
	برند (مارک) دستگاه			
	مدل دستگاه			
	کمپانی سازنده			
	کشور سازنده			
	شرکت نمایندگی			
	تاریخ و شماره پیش فاکتور			
	قیمت دستگاه (ریال)			
	هزینه سالیانه لوازم مصرفی دستگاه (ریال)			
	هزینه نصب، راه اندازی و آموزش دستگاه (ریال)			
	هزینه سالیانه سرویس و نگهداری دستگاه (ریال)			
صورتجلسه کمیته (با نام و مهر و امضای اعضای کمیته) پیوست شده است : ☐ بله ☐ خیر				
اعلام نظر گروه تخصصی مربوطه (با نام و مهر و امضا) پیوست شده است : ☐ بله ☐ خیر				
پیش فاکتور شرکت های پیشنهادی مرکز / بیمارستان (با مهر و امضای مدیرعامل شرکت) پیوست شده است : ☐ بله ☐ خیر				
فرم اعلام نیاز و درخواست بخش مربوطه (فرم الف) پیوست شده است ☐ بله ☐ خیر				
پرینت مجاز بودن دستگاه ها و شرکتهای انتخابی از سایت اداره کل تجهیزات پزشکی (IMED) پیوست شده است ☐ بله ☐ خیر				

توسط مسئول تجهیزات پزشکی مرکز تکمیل می شود

کمیته تجهیزات پزشکی مرکز

صحت مندرجات این فرم (کامل، خوانا، بدون خط خوردگی و لاک) و انطباق آن با آمار عملکرد پس از تامین (خرید) کالای پزشکی درخواستی توسط افراد ذیل تایید می گردد.

نام و مهر و امضا

ریاست مرکز / بیمارستان

نام و مهر و امضا

مسئول تجهیزات پزشکی مرکز / بیمارستان