****

 **فـرم اسقـاط تجهیـزات پزشـکی**

 **مدیـریـت تجهیـزات پزشـکی دانشـگاه**

 فرم شماره 3 : درخواست اسقاط تجهیزات پزشکی بیمارستان ..................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تکمیل توسط مسئول بخش | نام بخش درخواست کننده |  | نام مسئول بخش |  |
| نام دستگاه |  | تاریخ درخواست  |  |
| علت درخواست:  | امضا مسئول بخش |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| تکمیل مشخصات دستگاه توسط مسئول تجهیزات پزشکی مرکز | مارک دستگاه |  | مدل دستگاه |  |
| سال نصب دستگاه |  | شماره سریال دستگاه |  |
| شرکت سازنده |  | شرکت نمایندگی |  |
| شرکت نمایندگی خدمات پس از فروش (درصورت وجود) |  |
| وضعیت کنترل کیفی دستگاه ( قبول/مشروط/ مردود) |  |
| علل اسقاط دستگاه: |
|  تاریخ تایید:  | امضا مسئول تجهیزات پزشکی مرکز |
| امضا امین اموال مرکز | امضا حراست مرکز | امضا مدیریت/ریاست مرکز |

\* این فرم کامل، خوانا و بدون خط خوردگی تکمیل گردد.