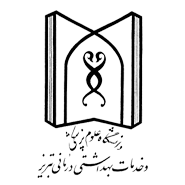
****

**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.