



بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

مدیریت تجهیزات پزشکی معاونت درمان

فرم : بررسی کارشناسی دمو دستگاه پزشکی

نام دستگاه درخواستی جهت دمو : تعداد دستگاه :

مارک و مدل دستگاه : مدت زمان لازم جهت دمو :

شرکت نمایندگی :

قیمت دستگاه (با احتساب ارزش افزوده) : ریال

علل نیاز به دمو دستگاه درخواستی :

.....

.....

نام دستگاه های مشابه موجود در مرکز :

.....

.....

.....

صورجلسه کمیته مرکز پیوست شده است : ☐ بله ☐ خیر تاریخ جلسه : / /

نامه گروه تخصصی مرکز پیوست شده است : ☐ بله ☐ خیر

اعتبار مالی دستگاه پیش بینی شده است : ☐ بله ☐ خیر

پرینت مجاز بودن دستگاه و شرکت از سایت IMED پیوست شده است : ☐ بله ☐ خیر

تاریخ شروع دمو دستگاه : / / تاریخ اتمام دمو دستگاه : / /

مهر و امضاء

ریاست /مدیریت مرکز

مهر و امضاء

مسئول تجهیزات پزشکی مرکز

مهر و امضاء

مسئول امور مالی مرکز