



بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

مدیریت تجهیزات پزشکی معاونت درمان

فرم الف : اعلام نیاز و درخواست تجهیزات پزشکی بخش به واحد
تجهیزات پزشکی مرکز

نام بخش :

نام دستگاه :

تعداد دستگاه :

مدل و مارک پیشنهادی دستگاه :

.....

.....

.....

علت نیاز به دستگاه :

.....

.....

.....

.....

مهر و امضاء مسئول بخش

امضاء متقاضی دستگاه

{ بایستی فرم بدون خط خوردگی، قلم خوردگی، لاک گیری و بصورت خوانا تکمیل گردد }