



بسمه تعالی

شماره :

تاریخ : / /

مدیریت تجهیزات پزشکی معاونت درمان

فرم ج : کارشناسی تامین (خرید) تجهیزات پزشکی برای سقف معاملات متوسط و بزرگ مرکز / بیمارستان

نام بخش / گروه :	نام دستگاه درخواستی :	تعداد :
نوع نیاز : ☐ درمانی / تشخیصی ☐ آموزشی ☐ پژوهشی ☐ بهداشتی		
علت نیاز : ☐ فقدان دستگاه ☐ کمبود دستگاه ☐ نبود قابلیت های مورد نیاز ☐ خرابی مکرر ☐ عمر بالای ۱۰ سال ☐ اسقاط بودن ☐ توسعه بخش ☐ استانداردسازی بخش ☐ اقتصادی نبودن ☐ افزایش درآمدزایی ☐ سایر موارد :		
توصیف اجمالی عملکرد دستگاه درخواستی :		
آیا جهت تامین (خرید) دستگاه درخواستی تامین اعتبار شده است ☐ بله ☐ خیر		مهر و امضای مدیر امور مالی مرکز :
اطلاعات دستگاه های مشابه موجود در مرکز / بیمارستان :		
تعداد	مارک	مدل
وضعیت (فعال / نیمه فعال / غیرفعال)		
اثرات عدم تامین (خرید) دستگاه درخواستی :		
محل نصب و راه اندازی دستگاه : ☐ آماده است ☐ آماده نیست (حداکثر زمان لازم جهت آماده سازی : (		
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

شرکت های پیشنهادی مجاز در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی (IMED) :

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)			

شاخص عمومی

شاخص ارزیابی					
پیشنهاد اول		پیشنهاد دوم		پیشنهاد سوم	
بله	خیر	بله	خیر	بله	خیر
خدمات پس از فروش					
مشخصات بازرگانی					
دستگاه					

جدول مقایسه ای دستگاه ها و شرکت های پیشنهادی مجاز در سایت اداره کل تجهیزات پزشکی (IMED)

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

نام و مهر و امضا

نام و مهر و امضا

مسئول واحد تجهیزات پزشکی مرکز / بیمارستان

ریاست مرکز / بیمارستان