



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه

بسمه تعالی

(فرم شماره ۱)

فرم اعلام وصول دستگاههای پزشکی دریافتی

نام مرکز / بیمارستان :	تاریخ تحویل به انبار:	شماره و تاریخ رسید (قبض) انبار :
نام فارسی دستگاه :	نام لاتین دستگاه :	تعداد کل کارتن / پالت :
مارک و مدل دستگاه :	نام شرکت تولیدکننده / نمایندگی :	
نحوه دریافت دستگاه		
☐ ارسالی از انبار مرکزی دانشگاه		مستندات مربوطه ضمیمه شود
☐ ارسال مستقیم از طرف شرکت مربوطه (خرید توسط خود مرکز)		شماره حواله انبار
☐ ارسال مستقیم از طرف دفتر نمایندگی دانشگاه در تهران		شماره فاکتور شرکت
☐ تحویلی از طرف خیرین محترم		رسید بارنامه
☐ سایر موارد ذکر شود :		شماره فاکتور
تذکر مهم :		
اقدامات لازم جهت نصب و راه اندازی دستگاه های دریافتی بایستی حداکثر ظرف یک ماه پس از تحویل صورت گرفته و گزارش آن طبق فرم شماره ۲ به مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه ارسال گردد.		
مهر و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی مرکز / بیمارستان	مهر و امضاء انباردار مرکز / بیمارستان	مهر و امضاء رئیس یا مدیر مرکز / بیمارستان

