



## بسمه تعالی

( فرم شماره ۲ )

نصب و راه اندازی و بهره برداری از دستگاه پزشکی

مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه

|                                                         |                                               |                                                                           |                                                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| نام مرکز/بیمارستان:                                     | نام دستگاه:                                   | مارک و مدل دستگاه:                                                        |                                                 |
| شماره سریال:                                            | محل نصب دستگاه (بخش/واحد):                    | تاریخ نصب دستگاه:                                                         |                                                 |
| شماره اموال:                                            | شرکت تولید کننده / نمایندگی:                  | مستندات اعلام وصول دستگاه<br>( شماره و تاریخ نامه مربوط به فرم شماره ۱ ): |                                                 |
| مشخصات لوازم و قطعات جانبی دستگاه : ( در صورت وجود )    |                                               |                                                                           |                                                 |
| مشخصات ظاهری دستگاه :                                   |                                               |                                                                           |                                                 |
| گزارش مختصر نصب و راه اندازی :                          |                                               |                                                                           |                                                 |
| مهر و امضاء کارشناس شرکت                                |                                               |                                                                           |                                                 |
| صحت عملکرد دستگاه مورد تأیید امضاء کنندگان ذیل می باشد. |                                               |                                                                           |                                                 |
| مهر و امضاء<br>مسئول بخش یا واحد<br>مرکز / بیمارستان    | مهر و امضاء<br>امین اموال<br>مرکز / بیمارستان | مهر و امضاء<br>مسئول تجهیزات پزشکی<br>مرکز / بیمارستان                    | مهر و امضاء<br>رئیس یا مدیر<br>مرکز / بیمارستان |