بسمه تعالي  **شماره فرم: MEE\_FO\_01**

مركز بهداشت شهرستان........

مركز بهداشتي درماني شهري/روستايي.............پايگاه/خانه بهداشت.........

تاريخ: **فرم درخواست خدمات تجهيزات پزشكي**

كاليبراسيون تعميرات نصب اموزش تعميرات پيشگيرانه

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **نام دستگاه، شرح خرابي دستگاه و علت بروز نقص:**  امضاء مسئول واحد: | | | | | |
| **شرح اقدامات انجام شده توسط واحد تجهيزات پزشكي**: | | | | | |
| رديف | مشخصات قطعه مصرفي | تعمير كار | تاريخ | | زمان |
| شروع | خاتمه |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

دستگاه مذكور در تاريخ......................پس از .......................تحويل....................گرديد.

امضاء تحويل گيرنده: امضاء تحويل دهنده(واحد تجهيزات پزشكي):