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):