بسمه تعالي **شماره فرم: MEE\_FO\_12**

 **مركز بهداشت درماني شهرستان..............**

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

 **فرم شناسنامه تجهيزات پزشكي صفحه:.......**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** |  **كددستگاه** |  **نام دستگاه** |  **نام واحد** |  **شماره سريال** |  **مارك** |  **مدل** | **كشور ساخت** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |

 تجهيزات پزشكي