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