بسمه تعالي شماره فرم: MEE\_FO\_05

 مركز بهداشت شهرستان .........................

 **فرم سوابق تجهيزات اسقاطي**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **رديف** | **نام و نوع دستگاه** | **كد شناسايي** | **شماره اموال** | **شماره سريال** | **نام واحد** | **دلايل اسقاط** | **تاريخ اعلام اسقاط** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |

 مسئول واحد مسئول مديريت شبكه مسئول امين اموال رئيس شبكه