



شماره :

تاریخ : / /

دانشکده علوم پزشکی نیشابور
معاونت بهداشت

فرم درخواست تعمیر تجهیزات پزشکی

« درخواست کننده » امضا :		نام مرکز : نام دستگاه : مارک دستگاه : شرح و علت خرابی : شماره اموال :		
« مسئول واحد تجهیزات پزشکی » امضا :	لوازم مصرفی			شرح انجام کار توسط مسئول فنی
	تعداد	واحد	شرح کالا	
« مسئول تجهیزات پزشکی » ☐ تعمیر در معاونت بهداشتی ☐ ارجاع به شرکت پشتیبانی کننده نام شرکت : ☐ تحت گارانتی می باشد ☐ نمیباشد امضا :				« امور اداری » بدینوسیله با تعمیر دستگاه در معاونت بهداشت / ارجاع دستگاه به شرکت پشتیبان موافقت میگردد . هزینه های مربوط به امور فوق از محل تامین گردد. امضا :
	تاریخ بازگشت دستگاه : هزینه تمام شده : ریال			

امضا :

تاریخ :

تحویل گیرنده :