

فرم دموی تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران

احتراما با توجه به درخواست شرکت طی نامه شماره مورخ جهت بهره برداری آزمایشی یکدستگاه و با عنایت به تأیید این موضوع در کمیته تجهیزات بیمارستان و صورتجلسه شماره مورخ مقتضی است در این خصوص همکاری لازم را را مبذول فرمائید. دکتر..... رئیس بیمارستان.....

تاریخ ورود: نام شرکت: نام بخش:

قیمت حدودی دستگاه: مدت زمان دمو (حداکثر ۶ ماه):

آموزش هنگام نصب برای کلیه کاربران: انجام شده انجام نشده

ردیف	نام دستگاه / متعلقات	مارک	مدل	شماره سریال	توضیحات
۱					

نام و امضای تحویل دهنده (نماینده شرکت): نام و امضای تحویل گیرنده (مسئول بخش):

نام و امضای مسئول تجهیزات پزشکی: نام و امضای رئیس حراست:

مدت زمان مورد استفاده: نام کاربر / کاربران:

میزان استفاده دستگاه در بخش: کم متوسط زیاد

نظر کاربر (نقاط قوت / ضعف / پیشنهاد): مهر و امضا:

نظر مسئول بخش (نقاط قوت / ضعف / پیشنهاد): مهر و امضا:

نظر رئیس بخش (نقاط قوت / ضعف / پیشنهاد): مهر و امضا:

نظر مسئول مهندسی پزشکی (نقاط قوت / ضعف / پیشنهاد): مهر و امضا:

احتراما با توجه به اتمام زمان کاربری آزمایشی دستگاه مقتضی است ضمن احراز هویت نماینده شرکت با هماهنگی حراست اقدامات لازم جهت خروج دستگاه انجام گیرد. دکتر..... رئیس بیمارستان.....

تاریخ خروج:

شرایط فیزیکی / عملکرد دستگاه در هنگام خروج: قابل قبول غیر قابل قبول علت:

مهر و امضای مسئول بخش: مهر و امضای مدیر / مدیر درمان مرکز:

مهر و امضای مسئول حراست: مهر و امضای مسئول مهندسی پزشکی: