



معاونت درمان

اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
فرم شناسنامه تجهیزات پزشکی موجود در سطح مراکز تابعه

شماره فرم: ۱-ش
شماره بازنگری: ۱

الف) محل استقرار دستگاه:

۱- شهرستان:

۳- بخش:

ب) مشخصات دستگاه:

۱- نام

۳- کد اختصاصی

۵- شماره اموال

۷- کشور سازنده

۹- سال خرید

۱۱- سال بهره برداری

۱۲- شاخص های احتمالی خاص

۲- نام مرکز درمانی:

۲- مدل

۴- شماره سریال

۶- کارخانه سازنده

۸- سال ساخت

۱۰- قیمت دستگاه

پ) نوع کاربردی:

درمانی

آموزشی

پژوهشی

ت) وضعیت عملکرد دستگاه:

ج) متعلقات دستگاه (نام و شماره سریال):

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

د) وضعیت آموزش کاربر:

بلی

خیر

تعداد افراد آموزش دیده:

مدت زمان دوره آموزش:

م) وضعیت سرویس دهی:

۱- نمایندگی نشانی:

..... تلفن:

۲- نمایندگی استانی نشانی:

..... تلفن:

۳- سال نصب و راه اندازی: ۴- نصب کننده و تحویل دهنده دستگاه:

۵- سال بهره برداری: ۶- تاریخ شروع گارانتی: از تا

۷- مدت گارانتی: ۸- رضایتمندی از گارانتی

ن) تعمیرات:

شرکت ارائه دهنده خدمات فنی:

نمایندگی

رضایتمندی از خدمات:

خوب متوسط ضعیف

و) مشخصات کالیبراسیون:

نوع کالیبراسیون: دوره کالیبراسیون:

تاریخ کالیبراسیون: تاریخ کالیبراسیون بعدی:

کالیبره کننده: داخلی خارجی

تاریخ اعزام: تاریخ تحویل:

ه) ملاحظات، تذکرات و اخطارها:

این فرم در تاریخ توسط اینجانب تکمیل شده و صحت مندرجات آن مورد تأیید می باشد.

امضاء