



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات
بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان
اداره تجهیزات پزشکی

شماره :
تاریخ :
پیوست :

بسمه تعالی

فرم درخواست تعمیرات تجهیزات پزشکی

ریاست / مدیریت محترم بیمارستان
با سلام و احترام

نظر به اینکه دستگاه بخش به شماره اموال
..... احتیاج به تعمیر و تعویض اقلام زیر دارد خواهشمند است دستور فرمائید
اقدام لازم بعمل آورند .

- | | |
|-----|-----|
| ۱ - | ۴ - |
| ۲ - | ۵ - |
| ۳ - | ۶ - |

نام و امضاء مسئول بخش :

نام و امضاء کارشناس تجهیزات پزشکی :

امضاء ریاست/ مدیریت :

کارپردازی : با پیوست مستندات لازم جهت اخذ مجوز از اداره تجهیزات پزشکی معاونت سلامت دانشگاه .

با توجه به بررسی و سیر مراحل کارشناسی در اداره تجهیزات پزشکی معاونت سلامت بدینوسیله
صورتحساب شماره مورخ شرکت
..... به مبلغ به عدد به حروف
..... ریال مورد تایید می باشد .

رئیس اداره تجهیزات پزشکی

نام و امضاء کارشناس