



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
سازمان بهداشت و درمان - اداره تجهیزات پزشکی

شماره فرم تجهیزات:

شماره فرم کارگروه:

تاریخ بررسی:

فرم تاییدیه نهایی تجهیزات مؤسسات پزشکی

وضعیت اولیه دستگاه هنگام نصب			تاریخ بهره برداری	تاریخ ساخت	شرکت نمایندگی	شماره سریال	مدل و مارک	نام دستگاه	نام مرکز	نام شهرستان	ردیف
دست دو	بازسازی شده توسط	نو									

نام و امضا کارشناس ستاد:

مهر و امضاء مسئول فنی مرکز:

شماره تماس: