



بسمه تعالی

تاریخ:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان لرستان

اداره تجهیزات پزشکی معاونت درمان

(فرم شماره ۲)

"تعهدنامه تجهیزات پزشکی متقاضی تاسیس موسسات درمانی دانشگاه علوم پزشکی لرستان"

معاون محترم درمان

با سلام و احترام اینجانب موسس/نماینده موسسین با کد ملی
موسسه درمانی واقع در شهرستان متعهد می گردم باتوجه به
کلیه تجهیزات پزشکی با شماره سریال و مارک و شرکت نمایندگی عنوان شده (پیوست) که برای
موسسه درمانی خریداری کرده‌ام در صورت اعلام هرگونه مشکل از جانب دانشگاه علوم پزشکی لرستان
به این موسسه مطابق با نظر دانشگاه علوم پزشکی لرستان درمورد این تجهیزات اقدام نمایم و حق هیچ
گونه اعتراضی را نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

مهر و امضا

سمت در موسسه