**فرم مشخصات فنی کالای موردنیاز (URS🞸)**

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني البرز

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **نام مرکز/بیمارستان:** | **نام وسیله/دستگاه:** | **تعداد ماهیانه بیماران موردنیاز به دستگاه:** |
| **نوع کاربرد وسیله/دستگاه:****❑ درمانی/ تشخیصی ❑ آموزشی ❑پژوهشی ❑ بهداشتی** |
| **ضرورت و اهمیت نیاز وسیله/دستگاه:**  |
| **❑ مشخصات فنی مورد نیاز وسیله/دستگاه:****-****-****-****-****-****-****❑ آپشن ها و لوازم جانبی مورد نیاز دستگاه:****-****-** |
| **پیش فاکتورهای استعلام شده توسط مرکز به ترتیب اولویت پیشنهادی: (**تصویر پیش فاکتورها پیوست گردد**)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **مارک** | **شرکت تولید کننده/ نمایندگی** | **تعداد** | **قیمت واحد** (ریال) | **قیمت کل** (ریال) | **مدت گارانتی** | **زمان تحویل** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **نظر کارشناسی متخصص مرکز:** | **نظر کارشناسی مسئول تجهیزات پزشکی مرکز:** |
|  **متخصص (مدیرگروه) مرکز: مسئول تجهیزات پزشکی: رئیس مرکز:** **نام و امضاء نام و امضاء نام و امضاء** |

**🞸 URS: User Requirements Specification**