

فرم اعلام مشخصات و وضعیت فنی دستگاههای مشمول جایگزینی

☐ سی تی اسکن ☐ آنژیوگرافی ☐ گاما کمر / اسپکت ☐ سنگ شکن (برون اندامی) ☐ شتابدهنده خطی ☐ براکی تراپی ☐ گاما نایف / سایر نایف ☐ IORT ☐ سنجش تراکم استخوان ☐ پت اسکن ☐ ام.آر.آی ☐ لیزر اگزایمر چشمی ☐ فمتوسکند / فمتو کاتاراکت ☐ CBCT	نوع دستگاه
این قسمت توسط مرکز تشخیصی درمانی متقاضی جایگزینی تکمیل می گردد.	
مرکز محل نصب دستگاه	
شرکت سازنده دستگاه	
نماینده شرکت سازنده دستگاه در ایران	
شرکت نصب و راه اندازی کننده دستگاه	
شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش	
مدل دستگاه	
شماره سریال دستگاه	
سال تولید دستگاه	
سال نصب دستگاه	
مدت کارکرد دستگاه	
وضعیت دستگاه هنگام خرید	
نو ☐ بازسازی شده ☐ دست دوم ☐	
وضعیت فعلی دستگاه سالم و فعال ☐ سالم و غیر فعال ☐ معیوب (نیاز به تعمیرات دارد) ☐ اسقاط ☐	
مشخصات و وضعیت لوازم جانبی همراه دستگاه	
شرح دلایل درخواست جایگزینی دستگاه :	
تایید و امضا شرکت نماینده دستگاه :	

این قسمت توسط معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه بررسی و تکمیل می گردد.	
گزارش بررسی درخواست جایگزینی دستگاه :	
جایگزینی دستگاه با توجه به " ضوابط نصب و راه اندازی ، جایگزینی / اسقاط و جابجایی تجهیزات سرمایه ای مشمول سطح بندی " مورد تایید می باشد ؟	بله ☐ خیر ☐

تایید و امضاء ریاست مرکز تشخیصی درمانی متقاضی	تایید و امضاء ریاست اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مربوطه	تایید و امضاء معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی مربوطه

