



تاریخ:

فرم اعلام وضعیت تجهیزات غیر سطح بندی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز

معاونت درمان

۱.

معاونت محترم درمان استان البرز
باسلام و احترام

*اینجانب با سمت از مرکز / موسسه درخواست :

☐ اسقاط دستگاه قدیمی و جایگزینی با دستگاه جدید

☐ اسقاط دستگاه قدیمی

☐ غیرفعال کردن دستگاه قدیمی

☐ غیرفعال کردن و جایگزینی با دستگاه جدید

۲.

علت اسقاط / غیرفعالی :

۳. مشخصات دستگاه قدیمی :

نام دستگاه	مارک	مدل	شماره سریال	GEN	سال ساخت	شرکت نمایندگی

تایید و اعلام نظر شرکت نمایندگی دستگاه قدیمی در خصوص موارد ۲ و ۳ (مهر و امضا شرکت) :

۴. مشخصات دستگاه جدید:

نام دستگاه	مارک	مدل	شماره سریال	سال ساخت	کشور سازنده	شرکت نمایندگی

خواهشمند است در خصوص درخواست تجهیزات فوق الذکر دستور اقدام مقتضی را مبذول فرمایید.
همچنین متعهد می شوم در صورت هرگونه مغایرت یا تغییرات در درخواست فوق مراتب را در اسرع وقت به صورت مکتوب به آن
معاونت محترم اعلام نمایم.

مهر و امضا و سمت

مدارک مورد نیاز :

- تکمیل فرم
- موافقت اصولی معتبر
- نامه مکتوب از سایر پزشکان در خصوص عدم کیفیت دستگاه مذکور
- ارائه نقشه مرکز و موسسه
- ارائه نامه از شرکت نمایندگی دستگاه قدیمی و اعلام نظر شرکت
- نامه درخواست (با سربرگ مرکز و با مهر و امضا موسس یا مسئول فنی) خطاب به معاونت درمان
- ارائه مدارک خرید دستگاه جدید (فاکتور رسمی
- از شرکت مورد تایید اداره کل تجهیزات پزشکی)

