فرم کارشناسی فنی دستگاه

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام و نام خانوادگی | شماره تلفن همراه | | | نام مرکز |
| نام دستگاه | | | نام تولید کننده | |
| مدل | | | شماره سریال | |
| سال ساخت | | | سال خرید دستگاه | |
| کشور سازنده | | | تاریخ درخواست | |
| پیش فاکتور / فاکتور دستگاه ضمیمه می باشد: بله خیر  گواهی آخرین کنترل کیفی انجام شده دارد : بله خیر | | | | |
| مهر و امضاء متقاضی | | تایید مدیر درمان | | |

|  |
| --- |
| نتیجه بررسی فنی : |