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 : |