|  |  |
| --- | --- |
| İl Adı |  |
| Sağlık Tesisinin Adı |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cihazın Adı |  |
| Cihazın Marka / Model |  |
| Mevcut Cihazın Alım Yöntemi  *(Demirbaş/Hizmet Alımı)* | D □ H □ |
| Mevcut Cihazın Üretim Yılı |  |
| Mevcut Cihazın Durumu  *(Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cihazın Adı |  |
| Cihazın Marka / Model |  |
| Mevcut Cihazın Alım Yöntemi  *(Demirbaş/Hizmet Alımı)* | D □ H □ |
| Mevcut Cihazın Üretim Yılı |  |
| Mevcut Cihazın Durumu  *(Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cihazın Adı |  |
| Cihazın Marka / Model |  |
| Mevcut Cihazın Alım Yöntemi  *(Demirbaş/Hizmet Alımı)* | D □ H □ |
| Mevcut Cihazın Üretim Yılı |  |
| Mevcut Cihazın Durumu  *(Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cihazın Adı |  |
| Cihazın Marka / Model |  |
| Mevcut Cihazın Alım Yöntemi  *(Demirbaş/Hizmet Alımı)* | D □ H □ |
| Mevcut Cihazın Üretim Yılı |  |
| Mevcut Cihazın Durumu  *(Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Cihazın Adı |  |
| Cihazın Marka / Model |  |
| Mevcut Cihazın Alım Yöntemi  *(Demirbaş/Hizmet Alımı)* | D □ H □ |
| Mevcut Cihazın Üretim Yılı |  |
| Mevcut Cihazın Durumu  *(Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Formu Düzenleyen Personelin** | **Hastane Müdürü** | **Başhekim/Hastane Yöneticisi** |
| Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: |
| Telefon: | Telefon: | Telefon: |
| Tarih: …/…/20.. | Tarih: …/…/20.. | Tarih: …/…/20.. |
| İmza | İmza | İmza |