



دانشگاه علوم پزشکی
خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

فرم جابه جایی بین بخش

تجهیزات پزشکی

شماره فرم:.....

تاریخ بازبینی:.....

دوره تکمیل:.....

احتراما با توجه به درخواست بخش جهت جابه جایی یک دستگاه از بخش فرم ذیل در بخش مبدا توسط نماینده بخش مقصد تکمیل و به عنوان رسید به بخش مبدا تحویل میگردد.

نوع تحویل: امانی قطعی

تاریخ و ساعت خروج دستگاه: نام بخش:.....

ردیف	نام دستگاه / متعلقات	مارک	مدل	تعداد	شماره سریال / شماره اموال	توضیحات
۱						
۲						

- دستگاه از نظر فیزیکی سالم معیوب مشکل احتمالی:.....
- دستگاه از نظر نرم افزاری سالم معیوب مشکل احتمالی:.....
- دستگاه از نظر اکسسوری سالم معیوب مشکل احتمالی:.....

نام و امضای تحویل دهنده (مسئول بخش):

نام و امضای مسئول تجهیزات پزشکی:

نام و امضای تحویل گیرنده (مسئول بخش):

نام و امضای امین اموال (در صورت انتقال قطعی):

تحویل دستگاه (محل تکمیل: بخش مبدا)

بازگشت دستگاه (محل تکمیل: بخش مقصد)

تاریخ و ساعت بازگشت دستگاه:.....

نام بخش:.....

- دستگاه از نظر فیزیکی سالم معیوب مشکل احتمالی:.....
- دستگاه از نظر نرم افزاری سالم معیوب مشکل احتمالی:.....
- دستگاه از نظر اکسسوری سالم معیوب مشکل احتمالی:.....

نام و امضای تحویل دهنده (مسئول بخش):

نام و امضای مسئول تجهیزات پزشکی:

نام و امضای تحویل گیرنده (مسئول بخش):

نام و امضای امین اموال (در صورت انتقال قطعی):