



شماره درخواست:

تاریخ:

باسمه تعالی

فرم درخواست خرید تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی استان مرکزی

این قسمت توسط درخواست کننده کالا تکمیل شود.	نام شهر:	نام مرکز/بیمارستان:		نام بخش/گروه:	
	نام کالا:	مارک:	مدل:		
	تعداد تجهیزات (مانند یا مشابه) موجود :		تعداد تجهیزات مورد نیاز :		
	مشخصات فنی کالا:				
	نوع نیاز: درمانی/تشخیصی <input type="checkbox"/> آموزشی <input type="checkbox"/> پژوهشی <input type="checkbox"/> بهداشتی <input type="checkbox"/>				
دلایل نیاز:					
فقدان کالا <input type="checkbox"/> کمبود کالا <input type="checkbox"/> نبود قابلیت های مورد نیاز <input type="checkbox"/> خرابی مکرر <input type="checkbox"/> عمر بالای ده سال <input type="checkbox"/> اسقاط بودن کالای موجود <input type="checkbox"/> توسعه بخش <input type="checkbox"/> استاندارد سازی بخش <input type="checkbox"/> اقتصادی نبودن استفاده از کالا <input type="checkbox"/> افزایش درآمد <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/>					
نام و نام خانوادگی درخواست کننده کالا:		نام و نام خانوادگی مسنول بخش:			
مهر و امضاء :		مهر و امضاء :			
نظر کارشناسی دبیر کمیته تجهیزات پزشکی مرکز:					
کمیته تجهیزات پزشکی مرکز	برآورد بودجه مورد نیاز خرید کالا به ریال: حداقل :				
	اولویت نیاز به کالای پیشنهادی: اولویت اول <input type="checkbox"/> اولویت دوم <input type="checkbox"/> اولویت سوم <input type="checkbox"/>				
	نظر کارشناسی: مورد تأیید است. <input type="checkbox"/> مورد تأیید نیست. <input type="checkbox"/>				
توضیح:		نام و نام خانوادگی مسنول تجهیزات پزشکی:			
		مهر و امضاء			
دستور رئیس مرکز/بیمارستان:					
نظر کارشناسی دبیر کمیته تجهیزات پزشکی دانشگاه:					
کمیته عالی تجهیزات پزشکی دانشگاه	نظر کمیته عالی تجهیزات پزشکی دانشگاه:				
	تاریخ:				
	خرید کالا مورد تأیید است. <input type="checkbox"/>		خرید کالا مورد تأیید نیست. <input type="checkbox"/>		
	دلایل:				
	اولویت مصوب برای خرید کالا: اولویت اول <input type="checkbox"/> اولویت دوم <input type="checkbox"/> اولویت سوم <input type="checkbox"/>				
روش خرید کالا: متمرکز <input type="checkbox"/> غیر متمرکز <input type="checkbox"/>					
اعضای کمیته:		۱- _____	۲- _____	۳- _____	
		۴- _____	۵- _____	۶- _____	

مدارک پیوست : ۱- تصویر صور جلسه کمیته تجهیزات پزشکی مرکز ۲- پیش فاکتور ، مشخصات فنی ولیست مراکز نصب دستگاه