

بسمه تعالی

فرم تایید شرایط نصب تجهیزات پزشکی در مراکز درمانی تابعه دانشگاه علوم پزشکی اراک

تکمیل و امضاء این فرم قبل از نصب دستگاه توسط کارشناس شرکت مربوطه لازم است و انجام آزمایش جهت تست موارد ذیل توسط ایشان بلامانع میباشد.

بند (الف) مشخصات دستگاه		
1	نام دستگاه:	2 مارک دستگاه:
3	مدل دستگاه:	4 شماره سریال دستگاه:
5	فاز برق ورودی دستگاه (سه فاز / تک فاز):	6 نوع بار (ستاره / مثلث):
7	ولتاژ ورودی دستگاه:	8 امپدانس ورودی دستگاه:
9	حد اکثر جریان برق مصرفی:	10 توان نامی مصرفی (KVA):
11	میزان متوسط حرارت تولید شده در ساعت:	12 بازه دمایی مجاز جهت عملکرد مطلوب:

بند (ب) مشخصات محل نصب	
1	نام و محل مرکز درمانی:
2	نام بخش محل نصب:
3	توان منبع تامین: (برای دستگاههایی که به UPS نیاز دارند) <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
4	کیفیت برق ورودی دستگاه: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
5	ولتاژ ورودی دستگاه: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
6	قطر سیمهای تامین کننده برق: (برای دستگاههای با مصرف بیش از 25 آمپر) <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
7	کیفیت سیستم ارت محل نصب: <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
8	تطبیق امپدانس ورودی دستگاه و امپدانس خروجی منبع تامین انرژی: (در صورت نیاز به تطبیق امپدانس) <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
9	وجود و عملکرد سیستم کنترل کننده دمای محیط: (در صورت نیاز به کنترل دمای محیط) <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK
10	مشخصات فنی و کیفیت تابلو برق مختص دستگاه (برای دستگاههایی که نیاز به تابلو برق اختصاصی دارند) <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> not OK

اینجانب ..... نماینده شرکت ..... موارد فوق را در محل نصب دستگاه، قبل از

نصب، تست وصحت اطلاعات مندرج را تایید مینمایم و نیز تایید مینمایم که نصب دستگاه در این محل با مشخصات

فنی موجود بلامانع میباشد.

نام و نام خانوادگی نماینده شرکت:

نام و نام خانوادگی نماینده مرکز:

مهر و امضاء

مهر و امضاء

(در صورتی که شرایط نصب موجود نمی باشد از امضاء این برگه و نصب دستگاه خودداری فرموده و مراتب را بصورت مکتوب اعلام فرمایید)