



فرم درخواست کالای پزشکی

نام بخش / گروه:		شماره درخواست:		تاریخ:							
این قسمت توسط متقاضی تکمیل می شود	نام مرکز : بیمارستان استاد مطهری	نام بخش / گروه:	تعداد:								
	نام کالا:	مشخصات کالا:									
	نوع نیاز:	درمانی / تشخیصی <input type="checkbox"/>	آموزشی <input type="checkbox"/>	پژوهشی <input type="checkbox"/>	بهداشتی <input type="checkbox"/>						
	دلایل نیاز:	<input type="checkbox"/> فقدان کالا	<input type="checkbox"/> کمبود کالا	<input type="checkbox"/> نبود قابلیت های مورد نیاز	<input type="checkbox"/> خرابی مکرر	<input type="checkbox"/> توسعه بخش	<input type="checkbox"/> افزایش درآمد	<input type="checkbox"/> عمر بالای ده سال	<input type="checkbox"/> استاندارد سازی بخش	<input type="checkbox"/> اسقاط بودن کالای موجود	<input type="checkbox"/> سایر موارد
نام و امضاء متقاضی:	نام و امضاء مسئول بخش:										
مسئول تجهیزات پزشکی مرکز درمانی	نظریه کارشناسی:	<input type="checkbox"/> مورد تایید است.	<input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.								
	برآورد بودجه مورد نیاز:	حداقل:	حداکثر:								
	اولویت مارک پیشنهادی:	اولویت اول:	اولویت دوم:	اولویت سوم:							
	توضیحات:										
دستور ریاست مرکز / بیمارستان:											
نظر مدیریت تجهیزات پزشکی دانشگاه: <input type="checkbox"/> مورد تایید است. <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.											
دلایل: مهر و امضا:											
تایید کمیته تجهیزات پزشکی در صورت نیاز	اولویت نیاز مصوب:	<input type="checkbox"/> اولویت اول	<input type="checkbox"/> اولویت دوم	<input type="checkbox"/> اولویت سوم							
	نحوه تامین کالا:										
	اعضاء کمیته:										
	۱-	۲-	۳-	۴-	۵-						
				۶-							