

فرم اعلام اسقاط ---

این قسمت توسط کارپرو تکمیل گردد	مشخصات پایه دستگاه	مشخصات پایه دستگاه			
		نام دستگاه	علت اعلام اسقاط مهر و امضاء		
		مارک			
		مدل			
		شماره سریال			
		شماره اموال			
		نام بخش			
مشخصات تکمیلی دستگاه					
این قسمت توسط واحد تجهیزات پزشکی مرکز تکمیل گردد		شرکت و کشور سازنده	تاریخ خرید		
		شرکت فروشنده	تاریخ نصب و راه اندازی		
		شرکت ارائه دهنده خدمات	شروع و خاتمه گارانتی		
		قیمت خرید دستگاه	میزان کارکرد دستگاه		
	نکات مورد توجه جهت اظهار نظر در خصوص تایید اسقاط بر اساس ضوابط و معیار های اعلام اسقاط وسایل پزشکی				
		زمان کارکرد دستگاه بیش از میزان استاندارد			
		کیفیت نامطلوب عملکرد دستگاه			
	میزان خواب ناشی از سوء عملکرد دستگاه در طول سال				
	مقرون به صرفه نبودن تعمیرات و نگهداری				
	عدم ارائه خدمات پس از فروش توسط شرکت مربوطه				
	وجود اعتبار لازم جهت جایگزین کردن دستگاه				
	سایر موارد				
اظهار نظر کارشناسی مسئول تجهیزات پزشکی مرکز					
	مهر و امضاء				
اظهار نظر جمع‌داری اموال					
	مهر و امضاء				
اظهار نظر مدیر مرکز					
	مهر و امضاء				