**فرم پیشنهاد اسقاط تجهیزات پزشکی جهت طرح در کمیته اسقاط سازی دانشگاه**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| نام مرکز درمانی | |  | |
| نام دستگاه | مدل دستگاه | تاریخ نصب دستگاه | شرکت نمایندگی |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| دلایل و مستندات جهت اعلام اسقاط | توضیحات |
| هزینه تعمیرات |  |
| ایمنی و عملکرد |  |
| میزان خواب دستگاه در طول سال |  |
| عدم امکان تامین خدمات پس از فروش |  |

محل امضاء:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| کارشناس تجهیزات پزشکی | کارشناس اداره اموال | رئیس مرکز |
|  |  |  |