

فرم شماره یک		شماره درخواست:
فرم درخواست کالای پزشکی		نام بخش / گروه:
		تاریخ:
	نام مرکز / بیمارستان:	تعداد:
		نام کالا:
		مشخصات کالا:
نوع نیاز:		
<input type="checkbox"/> درمانی / تشخیصی	<input type="checkbox"/> آموزشی	<input type="checkbox"/> پژوهشی
<input type="checkbox"/> بهداشتی		
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"/> 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:	
نام و امضاء متقاضی:		نام و امضاء مسئول بخش:
<input type="checkbox"/> مورد تایید است. <input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.		
نظریه کارشناسی:		
برآورد بودجه مورد حد اقل:		حداکثر:
نیاز:		
<input type="checkbox"/> اولویت اول	<input type="checkbox"/> اولویت دوم	<input type="checkbox"/> اولویت سوم
اولویت نیاز پیشنهادی:		
توضیحات:		
نام و امضاء مسئول تجهیزات پزشکی:		
دستور ریاست مرکز / بیمارستان:		
نظر کمیته تجهیزات پزشکی:		
<input type="checkbox"/> مورد تایید است.		<input type="checkbox"/> مورد تایید نیست.
دلایل:		
<input type="checkbox"/> اولویت اول	<input type="checkbox"/> اولویت دوم	<input type="checkbox"/> اولویت سوم
اولویت نیاز مصوب:		
نحوه تامین کالا:		
اعضاء کمیته:		
-۱	-۲	-۳
-۴	-۵	-۶
-۷	-۸	-۹
-۱۰	-۱۱	-۱۲

پیوست ۱: نمونه فرم اعلام نیاز کالا