

**فرم اعلام مشخصات و وضعیت فنی تجهیزات پزشکی مشمول جابجایی (پیوست ۲)**

<input type="checkbox"/> سی تی اسکن <input type="checkbox"/> آنژیوگرافی <input type="checkbox"/> گاما کمر / اسپکت <input type="checkbox"/> سنگ شکن (برون اندامی) <input type="checkbox"/> شتابدهنده خطی <input type="checkbox"/> براکی تراپی <input type="checkbox"/> گاما نایف / سایبر نایف <input type="checkbox"/> IORT <input type="checkbox"/> سنجش تراکم استخوان <input type="checkbox"/> پت اسکن <input type="checkbox"/> ام. آر. آی <input type="checkbox"/> لیزر اگزایمر چشمی <input type="checkbox"/> فمتوسکند / فمتو کاتاراکت <input type="checkbox"/> CBCT	<b>نوع دستگاه</b>
این قسمت توسط مرکز تشخیصی درمانی متقاضی جابجایی (مبدأ) تکمیل می گردد.	
	مرکز محل نصب فعلی دستگاه
	مرکز محل نصب جدید دستگاه
	شرکت سازنده دستگاه
	نمایندگی شرکت سازنده دستگاه در ایران
	شرکت نصب و راه اندازی کننده دستگاه
	شرکت ارائه دهنده خدمات پس از فروش
	شرکت مسئول جابجایی دستگاه
	مدل دستگاه
	شماره سریال دستگاه
	سال تولید دستگاه
	سال نصب دستگاه
	مدت کارکرد دستگاه
<input type="checkbox"/> نو <input type="checkbox"/> بازسازی شده <input type="checkbox"/> دست دوم	<b>وضعیت دستگاه هنگام خرید</b>
<input type="checkbox"/> سالم و فعال <input type="checkbox"/> سالم و غیر فعال <input type="checkbox"/> معیوب (نیاز به تعمیرات دارد)	<b>وضعیت دستگاه هنگام جابجایی</b>
	ذکر مشخصات لوازم جانبی همراه دستگاه
<b>علت درخواست جابجایی دستگاه:</b> .....	

این قسمت توسط معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی مبدأ بررسی و تکمیل می گردد.	
گزارش بررسی درخواست جابجایی دستگاه: .....	
<input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله	جابجایی دستگاه با توجه به "ضوابط نصب و راه اندازی، جایگزینی (اسقاط) و جابجایی تجهیزات سرمایه ای مشمول سطح بندی" مورد تأیید می باشد؟

تایید و امضاء ریاست مرکز تشخیصی درمانی مبدأ	تایید و امضاء ریاست اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مبدأ	تایید و امضاء معاونت غذا و دارو/درمان دانشگاه علوم پزشکی مبدأ

تذکر: موافقت کتبی دانشگاه علوم پزشکی مقصد به منظور جابجایی دستگاه با مشخصات و وضعیت دستگاه مطابق مندرجات فرم حاضر می بایست پیوست گردد.