

## فرم اعلام وصول تجهیزات پزشکی خریداری شده

ساعت تحویل :	تاریخ تحویل :	نام مرکز درمانی :
شماره بار نامه/حواله:	تعداد دستگاه : تعداد کل کارتون / پالت :	نام کالا : نام شرکت ارائه دهنده: مدل دستگاه :
مشخصات ظاهری کالا (در صورت مشاهده حالت خاص) :		
نام و نام خانوادگی مسئول واحد تجهیزات پزشکی مرکز امضاء	نام و نام خانوادگی تحویل گیرنده امضاء	
<input type="checkbox"/> ارسالی از طرف دفتر نمایندگی دانشگاه در تهران		
<input type="checkbox"/> ارسالی از طرف شرکت مربوطه		
<input type="checkbox"/> تحویلی از انبار اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه		
مهر و امضا ریاست مرکز درمانی		مهر و امضاء کارشناس تجهیزات پزشکی