

 YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ	TIBBİ CİHAZ TALEP FORMU				
İSTEK SIRA NO:					
Tarih:					
Talep Edilen Cihazın Adı:					
Talep Miktarı:					
Cihazın Kullanılacağı Klinik/Servis/Birim:					
Hedeflenen Ameliyat(lar)/İşlem(ler) :					
Öngörülen Aylık Hasta/İşlem Sayısı:					
Aynı Özellikteki Cihaz Sayısı (Mevcut) :					
Talep Edilen Cihaz için Örnek Marka&Model:*					
İstenen Teknik Özellikler:					
Talep Gerekçesi:					
*Örnek cihaz için tanıtıcı katalog/broşür talebe eklenmelidir.					
Tüm alanların doldurulması zorunludur. Eksik bilgi içeren talepler kabul edilmeyecektir.					
TALEP EDEN BÖLÜM YÖNETİCİSİ					
Adı- Soyadı:		Tarih:		İmza:	
BAŞHEMŞİRE					
Adı- Soyadı:		Tarih:		İmza:	
BAŞHEKİM					
Adı- Soyadı:		Tarih:		İmza:	
BİYOMEDİKAL MÜDÜRÜ					
Adı- Soyadı:		Tarih:		İmza:	
HASTANE GENEL MÜDÜRÜ					
Adı- Soyadı:		Tarih:		İmza:	