



HASTANE İÇİ TIBBİ CİHAZ TRANSFER FORMU

CİHAZ BİLGİLERİ		
Cihaz Adı		
Biyomedikal Kodu		
TRANSFER BİLGİLERİ		
Transfer Nedeni		
Cihaz Aksesuarları		
Cihazın Bulunduğu Birim		
Transfer Edileceği Birim		
Cihazın Transfer Tarihi		
Teslim Eden Personel İsim Soyisim		İmza:
Teslim Alan Personel İsim Soyisim		İmza:
GERİ ALMA BİLGİLERİ		
Cihazın Geri Alındığı Tarih		
Teslim Eden Personel İsim Soyisim		İmza:
Teslim Alan Personel İsim Soyisim		İmza: