|  |  |
| --- | --- |
| ARIZA BİLDİRİMİNDE BULUNAN BİRİM: | |
| ARIZA BİLDİRİM TARİHİ:……./……./…….. | TESLİM ALINMA TARİHİ:………/………/……. |
| MALZEMEYİ TESLİM ALAN: | |
| MALZEMEYİ TESLİM EDEN: | |

|  |  |
| --- | --- |
| ARIZA BİLDİRİMİNDE  BULUNAN BİRİM  SORUMLUSU | ADI SOYADI: |
| İMZA: |

|  |
| --- |
| ŞİKAYET NEDENİ: |

|  |
| --- |
| CİHAZIN ADI: |
| MARKASI: |
| MODELİ: |
| SERİ NO: |

|  |
| --- |
| TESPİT EDİLEN ARIZALAR VE YAPILACAK İŞLEMLER: |

|  |
| --- |
| DEĞİŞİM GEREKEN PARÇALAR: |

**Birim Sorumlusu Tıbbi Cihaz/Teknik Servis Sorumlusu**

**İmza İmza**