|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 611 | **DÜZCE VALİLİĞİ****İLSAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI SAĞLIK TESİSLERİ****ARIZA BİLDİRİM ve ONARIM FORMU** |  |
| **KODU:**  | **YAYIN TARİHİ:**  | **REVİZYON NO:** | **REVİZYON TARİHİ:**  | **SAYFA NO: 1/1** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ARIZAYI BİLDİRENİN** | **ARIZALI CİHAZIN** |
| **Adı/soyadı:****Görevi:****Birimi:****Tarih/saat:****İmza:** | **Cihazın Adı:****Arıza Açıklaması:** |
| **YETKİLİ ONAYI** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ARIZAYA MÜDAHALE EDEN TEKNİSYEN** | **CİHAZ BİLGİLERİ** |
| **Adı/soyadı:****Görevi:****Tarih/saat:****İmza:** | **Adı:****Markası:****Modeli:****Seri No:** |
| **MÜDAHALE ÖZETİ** | **KULLANILAN MALZEMELER** |
|  |  |
| **Genel Kontrol**: **İMZA:** | **ONAY**: **İMZA:** |
| **SONUÇ** | **Arıza Giderildi ( ) Cihaz Yetkili Servise Gönderildi ( )** |
| **Yetkili Servis Bilgileri:****Gönderilme Tarihi:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **TEKNİK RAPOR** |  |
| **CİHAZ TESLİMİ** |  **Teknik Servis Amiri** **Onayı** | **Teslim Eden****Teknisyen** |  **Teslim Alan** **Birim Sorumlusu** |