(Logonuz Burada)	**Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)** KLİNİK MÜHENDİSLİKBAKIM – ONARIM FORMU	

Doküman Kodu: MCY.FR.019	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

Demo Sağlık Tesisi

Bölüm: Arıza Bildirim Tarih ve Saati:	
Cihaz Adı:	Ariza Müdahale Tarih ve Saati:
Marka:	Seri No:
Model:	Künye No:

HASTANESİ

…… …… ……

……/……

Telefon: …… (PBX)

Fax: ……

İnsan Kaynakları Eposta:

……@……

Satınalma Birimi Eposta:

……@……

Kep Adresi:

……@……

Cihazın Durumu: **Garanti İçinde** **Garanti Dışında**

Servis Türü: **Bakım** **Onarım** **Montaj** **Diğer**

Arıza Detayı:

Yapılan işlem:

Açıklama ve Notlar:

Cihaz tüm fonksiyonları çalışır durumda teslim edildi.

Kullanılan Parçaların Garanti Durumu 12Ay 6Ay Garanti Dışı

Takılan parçaların tamamı kullanıcıya teslim edildi

Değişmesi Gereken Parçalar	Değiştirilen Parçalar	Ücretler

Klinik Mühendislik Personeli Birim Sorumlusu