**بسمه تعالی**

 **شرکت تجهیزات پزشکی**

 **پل سلامت ایرانیان**

واحد خدمات پس از فروش

فرم گزارش سرویس :

|  |  |
| --- | --- |
| 1 - شماره فرم : | 2 - تاریخ تنظیم : ...../....../....... |
| 3 - نام دستگاه : | 4 – مدل دستگاه : |
| 5- شماره شناسه / کاتالوگ دستگاه : | 6 – شماره سریال دستگاه : |
| 7 – نام کمپانی سازنده / توزیع کننده : شرکت نمایندگی : |
| 8 – مشخصات درخواست کننده سرویس :نام مرکز درمانی/ محل نصب دستگاه :نام شخص مسئول : سمت : آدرس : تلفن : نمابر : e-mail :  |
| 9 – تاریخ درخواست سرویس : ......./......./........ |
| 10- نام بخش محل نصب دستگاه : | 11- نام کاربر دستگاه: |
| 12- تاریخ آخرین سرویس:....../....../...... | 13- شماره آخرین گزارش سرویس : |
| 14- نتیجه آخرین سرویس : |
| 15 – نوع درخواست :نصب و راه اندازی 🞎 آموزش اولیه 🞎 آموزش مجدد 🞎 نگهداری پیشگیرانه 🞎تعمیرات 🞎 کالیبراسیون 🞎 تعویض قسمتهای مصرفی 🞎 سایر ..................... |
| 16 – دلیل درخواست سرویس (شرح مشتری) : |
| 17 – مشخصات فرد / افراد سرویس دهنده :نام و نام خانوادگی : سمت :  |
| 18 – علت نقض طبق نظر فرد سرویس دهنده : |
| 19- تاریخ انجام سرویس: ...../....../...... | 20- محل انجام سرویس: |
| 21- شرح خدمات انجام شده : |
| 22- شرح قطعات یدکی تعویض شده با ذکر شماره فنی :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | شماره فنی | شرح قطعات یدکی تعویض شده | تعداد | ارزش واحد |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

. |
| 23- تاریخ : ساعت :اعزام : ...../...../..... ..................ورود: ...../...../..... ..................تکمیل کار: ...../...../..... ..................بازگشت : ...../...../..... .................. |
| 24- تعداد ساعت مفید کار : ................ تعداد ساعات غیر مفید کار :...................... |
| 25- شرح هر گونه شرایط محیطی غیر معمول یا موارد غیر عادی رویت شده : |
| 26- شرح هر گونه مدرک دال بر آسیب دیدگی یا استفاده نادرست از دستگاه : |
| 27- شرح هر گونه صدمه جدی یا مرگ مرتبط با دستگاه : |
| 28- سایر توضیحات: |
| 29- خدمات درخواستی کامل انجام شده 🞎 خدمات درخواستی کامل انجام نشده 🞎 |
| 30-علت عدم تکمیل خدمات : |
| مشخصات و امضاء فرد خدمات دهنده :مشخصات و امضاء فرد تایید کننده :مشخصات و امضاء ریاست مرکز درمانی / شخص مسئول (با ذکر عنوان): |