

	T.C. BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ	Doküman No	D.MC.FR.03
		Yürürlük Tarihi	20.05.2023
	DIŞ KURULUŞA CİHAZ TESLİM FORMU	Revizyon Tarih	00
		Revizyon No	00
		Sayfa No	1 / 1

CİHAZ BİLGİLERİ

CİHAZ TESLİM TARİHİ

AİT OLDUĞU BÖLÜM

CİHAZ ADI

MARKASI

MODELİ

SERİ NO

CİHAZIN DURUMU

**CİHAZLA BİRLİKTE TESLİM
EDİLENLER**

(Kablo, elektrod, aksesuarlar..) Tipini ve
sayısını da yazınız.

CİHAZI TESLİM ALAN FİRMA BİLGİLERİ

FİRMA ADI

ADRESİ

TELEFONU

FAKSI

VERGİ DAİRESİ

VERGİ NUMARASI

Yukarıda bilgileri yazılı bulunan cihaz ; bilgileri belirtilen Firma'ya Biyomedikal Servisi tarafından
teslim edilmiştir.

TESLİM ŞARTLARI

Firma Adına

TESLİM EDEN

İMZA

TESLİM ALAN

İMZA