**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): | |