|  |  |
| --- | --- |
| Kamu Hastaneleri Birliğinin Adı |  |
| Sağlık Tesisinin Adı | Yatak Sayısı |  | Rolü |  |  |
| Talep Edilen Cihazın Adı |  |
| Talep Edilen Cihazın Bulunduğu En Yakın Sağlık Tesisi Mesafesi *(km)* |  |
| Talep Miktarı *(adet)* |  |
| Tahmini Birim Bedeli *(TL.)* |  |
| Toplam Bedeli *(TL.)* |  |
| Cihazın Kullanılacağı Klinik/Servis/Birim |  |
| Mevcut Cihaz/Cihazların Üretim Yılı/Yılları |  |
| Cihazı Kullanacak Hekim Sayısı |  |
| Varsa Mevcut Cihazın Durumu *(Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)* |  |
| Mevcut Cihaz Sayısı *(Sağlık Tesisindeki)* | Demirbaş Cihaz Sayısı |  | TOPLAM |
| Hizmet Alımı Cihaz Sayısı |  |
| Talep Edilen Cihazla İlgili Toplam Aylık Hasta/İşlem Sayısı | İşlem Sayısı | Hasta Sayısı |
| Talep Edilen Cihazın Olmaması Sebebiyle Sevk Edilen Hasta Sayısı |  |
| Cihazın Alım Yöntemi *(Demirbaş/Hizmet Alımı)* |  D □ H □ |
| Cihazın Finans Kaynağı *(Genel Bütçe/Döner Sermaye Bütçesi/vb.)* |  |
| **Cihaz Gerekçe Raporu: (**Talep edilen cihazın talep gerekçesi açık, ayrıntılı ve anlaşılır olarak belirtilmesi önem arz etmektedir.) |
| **Formu Düzenleyen Personelin** | **Hastane Müdürü** | **Başhekim/Hastane Yöneticisi** |
| Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: |
| Ünvanı: | Ünvanı: | Ünvanı |
| Telefon: | Telefon: | Telefon: |
| Tarih: …/…/201. | Tarih: …/…/201. | Tarih: …/…/201. |
| İmza | İmza | İmza |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Mali Hizmetler Başkanı** | **Tıbbi Hizmetler Başkanı** | **Genel Sekreter** |
| Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: |
| Telefon: | Telefon: | Telefon: |
| Tarih: …/…/201. | Tarih: …/…/201. | Tarih: …/…/201. |
| İmza | İmza | İmza |