

TIBBİ CİHAZ VE TIBBİ HİZMET ALIMLARI PLANLAMA DAİRE BAŞKANLIĞI
TIBBİ CİHAZ MERKEZİ ALIM İZİN FORMU (EK-2)

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 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
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