



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

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

Kamu Hastaneleri Birliğinin Adı	
Sağlık Tesisinin Adı	

Cihazın Adı	
Cihazın Marka / Model	
Mevcut Cihazın Alım Yöntemi (Demirbaş/Hizmet Alımı)	D <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mevcut Cihazın Üretim Yılı	
Mevcut Cihazın Durumu (Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)	

Cihazın Adı	
Cihazın Marka / Model	
Mevcut Cihazın Alım Yöntemi (Demirbaş/Hizmet Alımı)	D <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mevcut Cihazın Üretim Yılı	
Mevcut Cihazın Durumu (Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)	

Cihazın Adı	
Cihazın Marka / Model	
Mevcut Cihazın Alım Yöntemi (Demirbaş/Hizmet Alımı)	D <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mevcut Cihazın Üretim Yılı	
Mevcut Cihazın Durumu (Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)	

Cihazın Adı	
Cihazın Marka / Model	
Mevcut Cihazın Alım Yöntemi (Demirbaş/Hizmet Alımı)	D <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mevcut Cihazın Üretim Yılı	
Mevcut Cihazın Durumu (Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)	

Cihazın Adı	
Cihazın Marka / Model	
Mevcut Cihazın Alım Yöntemi (Demirbaş/Hizmet Alımı)	D <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Mevcut Cihazın Üretim Yılı	
Mevcut Cihazın Durumu (Aktif Kullanılıyor/Sık sık Arızalanıyor/HEK/Diğer..)	

Formu Düzenleyen Personelin	Hastane Müdürü	Başhekim/Hastane Yöneticisi
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Unvanı:	Unvanı:	Unvanı:
Telefon:	Telefon:	Telefon:
Tarih: .../.../201.	Tarih: .../.../201.	Tarih: .../.../201.
İmza	İmza	İmza