|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İl 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 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** | | | **Hastane Başhekimi** | |
| Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | | | Adı Soyadı: | |
| Telefon: | Telefon: | | | Telefon: | |
| Tarih: …/…/20.. | Tarih: …/…/20.. | | | Tarih: …/…/20.. | |
| İmza | İmza | | | İmza | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İlgili Başkan Yardımcısı** | **İlgili Başkan** | **İl Sağlık Müdürü** |
| Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: |
| Telefon: | Telefon: | Telefon: |
| Tarih: …/…/20.. | Tarih: …/…/20.. | Tarih: …/…/20.. |
| İmza | İmza | İmza |