|  |
| --- |
| نام و سمت شخص تماس گیرنده: شماره:  نام مرکز/بیمارستان : تاریخ تماس:  مدل دستگاه: تاریخ نصب:  شماره سریال دستگاه: تاریخ اتمام گارانتی: |
| علت تماس : تعمیرات ❑/ به‌روزرسانی نرم‌افزار❑ /بروزرسانی سخت‌افزار❑ /مراجعه مجدد ❑ (شماره گزارش قبل.............) |
| شرح موارد گزارش شده:  نام و امضاء شخص پاسخگو: |
| تاریخ مراجعه : تاریخ تایید پیش فاکتور: ساعت ورود: ساعت خروج:  شرح اقدامات انجام شده:  نام و امضای کارشناس: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **لیست اقلام مصرفی** | | | |
| **ردیف** | **نوع کالا** | **شماره سریال قطعه تعویض شده** | **شماره سریال قطعه جایگزین** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **تغییرات نرم افزار سیستم** | | | |
| **ردیف** | **شماره سریال سیستم** | **ورژن قبلی نرم افزار** | **ورژن جدید نرم افزار** |
|  |  |  |  |
| **آموزش تغییرات ورژن جدید نرم افزار انجام شد ❑ ضرورت ندارد ❑** | | | |
| **کالیبراسیون مجدد سیستم انجام شد ❑ ضرورت ندارد ❑** | | | |
| **سیستم نیاز به مراجعه بعدی دارد ❑ ندارد ❑** | | | |
| **اینجانب .......................... به نمایندگی از بیمارستان/مرکز............................................................صحت مندرجات گزارش فوق را تایید می‌نمایم.**  **تاریخ:......................................**  **نام، مهر و امضا نماینده (تحویل گیرنده):** | | | |
| **تایید مدیر خدمات پس از فروش**  **نام و امضا:**  **تاریخ:** | | | |