

Repair Recommendation

No.

เรียน ผู้จัดการแผนก / สำเนา	จาก แผนกวิศวกรรมชีวทางการแพทย์ บริษัท เนชั่นแนล เฮลท์แคร์ ซิสเต็มส์ จำกัด
Ref. WO#	QR Code : วันที่

เนื่องจากแผนกช่างเครื่องมือแพทย์ได้รับแจ้งให้ทำการตรวจเช็คเครื่องมือแพทย์ที่เกิดการชำรุด ไม่สามารถใช้งานได้
ดังรายละเอียดต่อไปนี้

รายละเอียดเครื่องมือที่ทางแผนกแจ้งให้ทำการตรวจเช็ค / EQUIPMENT DETAILS	
เครื่องมือแพทย์	ชื่อเครื่อง _____ ยี่ห้อ _____ รุ่น _____ Serial No. _____ อายุเครื่อง _____ ราคาเครื่อง _____ ค่าซ่อมสะสม _____ คิดเป็น _____ %
อาการเสียที่แจ้ง / Failure	
ผลการตรวจเช็ค / Result	
การดำเนินการ / Recommendation	
ใบเสนอราคา / Quotation	
ราคาสินค้า / Price	บาท
Vat	บาท
ราคารวม / Total (ราคาตัวหนังสือ)	บาท
กำหนดส่งของ / Delivery	
กำหนดคืนราคา / Validity	
การรับประกัน / Warranty	

* ทางแผนกวิศวกรรมชีวทางการแพทย์ได้แนบบใบเสนอราคาดังกล่าวมาพร้อมกันนี้แล้ว เพื่อให้ท่านพิจารณา

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาอื่นๆ _____

ทางเลือกเพื่อประกอบการพิจารณา / Optional

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

ประเภทของค่าใช้จ่ายที่นำเสนอให้ดำเนินการ

<input type="checkbox"/> Accessory	<input type="checkbox"/> Consumable	<input type="checkbox"/> Replacement	<input type="checkbox"/> Other
ความเห็นของแผนกวิศวกรรมเครื่องมือแพทย์		ความเห็นของทางโรงพยาบาล / Hospital's comment	
<input type="checkbox"/> ควรดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่ควรดำเนินการ <input type="checkbox"/> โดยแผนกจัดซื้อของร.พ. <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____		<input type="checkbox"/> เห็นชอบให้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบให้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____	
ผู้นำเสนอ : ตำแหน่ง : BME SUPERVISOR วันที่/...../.....		ผู้รับทราบ..... ตำแหน่ง : วันที่/...../.....	
ผู้ตรวจสอบ : ตำแหน่ง : วันที่/...../.....			

หมายเหตุ: กรุณาส่ง “ต้นฉบับ” การตอบรับกลับที่แผนกวิศวกรรมทางการแพทย์เพื่อการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป

