

Repair Recommendation

No.

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

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประเภทของค่าใช้จ่ายที่นำเสนอให้ดำเนินการ			
<input type="checkbox"/> Accessory / Consumable	<input type="checkbox"/> Spare part	<input type="checkbox"/> Component ^{*1}	<input type="checkbox"/> Other
ประเภทสัญญาบริการของโรงพยาบาล	<input type="checkbox"/> สัญญาบริการรวมอะไหล่	<input type="checkbox"/> สัญญาบริการไม่รวมอะไหล่	
รายละเอียดเครื่องมือที่ทางแผนกแจ้งให้ทำการตรวจเช็ค / EQUIPMENT DETAILS			
เครื่องมือแพทย์	ชื่อเครื่อง _____ ยี่ห้อ _____ รุ่น _____ Serial No. _____ อายุเครื่อง _____ ราคาเครื่อง _____ บาท ค่าซ่อมสะสม = _____ บาท คิดเป็น _____ % ของราคาเครื่อง ค่า Accessory & Consumable สะสม = _____ บาท คิดเป็น _____ % ของราคาเครื่อง		
อาการเสียที่แจ้ง / Failure			
ผลการตรวจเช็ค / Result	สาเหตุ <input type="checkbox"/> User Error <input type="checkbox"/> อื่นๆ		
การดำเนินการ / Recommendation			
ใบเสนอราคา / Quotation			
ราคาสินค้า / Price	บาท		
Vat	บาท		
ราคารวม / Total	บาท คิดเป็น _____ % ของราคาเครื่อง		
(ราคาตัวหนังสือ)			
กำหนดส่งของ / Delivery			
กำหนดขึ้นราคา / Validity			
การรับประกัน / Warranty			

*1 อ้างอิง Annex B - BDMS (ส่วนประกอบหลักของเครื่องมือแพทย์ที่มีการแยก Components 13 เครื่องมือ ตามนโยบายของ BDMS)

เอกสารเพื่อประกอบการพิจารณาอื่นๆ _____

ทางเลือกเพื่อประกอบการพิจารณา / Optional

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

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 _____	<input type="checkbox"/> อนุมัติให้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติให้ดำเนินการ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____
ผู้นำเสนอ : ตำแหน่ง : BME SUPERVISOR วันที่ :/...../.....	ผู้รับทราบ : ตำแหน่ง : วันที่ :/...../.....	ผู้ตรวจสอบ : ตำแหน่ง : วันที่ :/...../.....
หมายเหตุ: กรุณาส่ง "ต้นฉบับ" การตอบรับกลับที่แผนกวิศวกรรมทางการแพทย์ เพื่อดำเนินการในขั้นตอนต่อไป		

