|  |  |
| --- | --- |
| **YIL:** | **GÜNCELLEME TARİHİ:** |
| **KLİNİK:** |
| **SIRA NO** | **CİHAZIN ADI** | **CİHAZIN MARKASI** | **CİHAZIN MODELİ** | **CİHAZIN SERİ NOSU** | **DEMİRBAŞ NO** | **HİZMETE GİRİŞ TARİHİ** | **KÜNYE NO** | **KALİBRASYON GEREKLİ OLMAYANLAR** | **KALİBRASYONA GEREK OLANLAR** |
| **YAPILAN KALİBRASYON TARİHİ** | **BİR SONRAKİ KALİBRASYON TARİHİ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **BİRİM SORUMLUSU**

 **KAŞE- İMZA**