

U.o.s.d. INGEGNERIA CLINICA

FAX 0677053625

Richiesta di intervento tecnico apparecchiature elettromedicali

Richiesta N° _____ data _____

Reparto _____

Centro di costo _____

Inventario _____

Serie numero _____

Tipologia /modello apparecchiatura _____

Sollecito richiesta n° _____ data _____

STATO APPARECCHIATURAFERMA ☐FUNZIONANTE ☐PARZIALMENTE FUNZIONANTE ☐

Inconveniente riscontrato _____

Il richiedente _____

Firma _____

Il responsabile del reparto

_____ INTERVENTO INTERNO _____

CODICE INTERVENTO _____ DATA DI APERTURA _____ DATA DI CHIUSURA _____

CODICE TECNICO ASSEGNATARIO _____ FIRMA _____

RISOLUZIONE INTERVENTO

SOPRALLUOGO _____ RISOLUZIONE SUL POSTO _____ RIPARAZIONE IN LABORATORIO _____ CONTROLLO SAFETY _____

RICHIESTA A DITTA ESTERNA _____ NOTE _____

DESCRIZIONE DEL GUASTO _____

RICAMBI UTILIZZATI

DESCRIZIONE

QUANTITA `

_____	_____
_____	_____
_____	_____