	T.C. **D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ** **ARIZA BİLDİRİM FORMU**	**Doküman No**	MC.FR.02
		Yürürlüğe Gir.Tar.	02.04.2018
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	02.01.2019
		Sayfa No	Sayfa 1/1

TARİH : ..... / ..... / 20....	BİRİM ÇAĞRI SAATİ :
BİRİM :	MÜDAHALE SAATİ :
CİHAZIN ADI :	ARIZAYI BİLDİREN KİŞİ :
MARKA\MODEL\SERİ NO :	
ARIZA TANIMI :	
YAPILAN İŞLEM :	

GEREKLİ MALZEME / YEDEK PARÇA

NO	ADET	MALZEME İSMİ	AÇIKLAMA
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Onarım / Bakım personeli	**Klinik / Birim Yetkilisi**	**Görevlendiren İdareci**
Adı / Soyadı :	Adı / Soyadı :	Adı / Soyadı :
İmzası :	İmzası :	İmzası :