



YALOVA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
CİHAZ ARIZA / BAKIM TALEP FORMU

Doküman No: KU. FR. 19 Yayın Tarihi:23.08.2019 Revizyon Tarihi:13.08.2020 Revizyon No:01 Sayfa No:1/1

Bölüm Adı

İlgili Kişi İstem Tarihi .../.../20....

Çağrı Sebebi Dahili Telefonu

Bildirilen Arızanın Açıklaması Arızalı Cihazın

Adı

Yeri

Markası

Modeli

Seri Nosu

İmzası

ARIZA/BAKIM RAPORU

No Kullanılan/İstenilen Yedek Parçalar Adet

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

İşe Görevlendirilen Personeller

İşe

Tarih

.../.../20....

Başlama

Saat

İşin Bitişi

Tarih

.../.../20....

Saat

Yapılan İşlem:

ARIZA GİDERME ONAYI

Teknik Servis Görevlisi

Onaylayan Sorumlu

Adı ve Soyadı

İmza

Adı Soyadı

İmza