



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 Başlama Tarih .../.../20....

Saat

İşin Bitişi Tarih .../.../20....

Saat

Yapılan İşlem:

ARIZA GİDERME ONAYI

Teknik Servis Görevlisi Onaylayan Sorumlu

Adı ve Soyadı İmza Adı Soyadı İmza

--	--	--	--