MUŞ AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Aşağıda ismi yazılı malzemenin/cihazın kullanımı esnasında uygunsuzluklarının olduğu tespit edilmiş olup, adı geçen malzemenin/cihazın satıcı firma ile irtibata geçirilerek iadesi yada değiştirilmesi konusunda;

Gereğini arz ederim. Uygunsuzluğu tespit edenin:

Adı Soyadı : Ünvanı :

İmzası :

Malzeme/cihazın :

Adı :

Markası :

Modeli :

Alınış tarihi :

Aranan özelliği :

Tespit edilen uygunsuzluk:

Uygunsuzluk hakkında yapılan işlem:

İşlemi yapan personelin:

Adı: Soyadı: İmzası: Tarih:

***Not:Bu form 2 nüsha olarak doldurulup 1 nüshası tespit eden bölüm tarafından saklanacaktır.***