

CİHAZIN ADI / MARKASI / MODELİ	
CİHAZİ TESLİM EDENİN ADI SOYADI İMZASI	
CİHAZİ TESLİM ALANIN ADI SOYADI İMZASI	
CİHAZIN TESLİM EDİLDİĞİ BİRİM/BÖLÜM/ FIRMA ADI	
CİHAZIN LABORATUVARDAN/BÖLÜMDEN ÇIKIŞ NEDENİ	
CİHAZIN DURUMU	Çalışır <input type="checkbox"/> Arızalı <input type="checkbox"/>

(*) Bu form en az iki nüsha düzenlenecek, bir nüshası ilgili laboratuvar/bölümde kalacak, bir nüshası da teslim edilen bölüme/birime/firmaya verilecektir.