

*Załącznik Nr 1*  
*do Instrukcji postępowania w przypadku awarii*  
*lub konieczności dokonania przeglądu*  
*sprzętu medycznego oraz pozostałego sprzętu elektronicznego*

**Część I** (wypełnia osoba zgłaszająca awarię/konieczność przeglądu)

<b>Karta awarii/przeglądu* sprzętu medycznego/pozostałego sprzętu elektronicznego</b>	Nazwa komórki organizacyjnej, w której znajduje się sprzęt wymagający naprawy/przeglądu (w przypadku karty przekazywanej w formie papierowej – pieczęć komórki organizacyjnej)
Nazwa urządzenia	Model
Producent	Numer fabryczny
Numer inwentarzowy	Rok produkcji
Opis uszkodzenia/awarii/uzasadnienie konieczności przeglądu	
Data zgłoszenia awarii/konieczności przeglądu	Imię i nazwisko oraz funkcja osoby zgłaszającej (w przypadku karty przekazywanej w formie papierowej – pieczętka i podpis osoby zgłaszającej)

**Część II** (wypełnia pracownik realizujący zgłoszenie)

Naprawa/przegląd realizowany na podstawie: <input type="checkbox"/> umowy serwisowej <input type="checkbox"/> notatki służbowej	
Wykonawca naprawy/przeglądu	
Oferta cenowa: nr/z dnia	Koszt naprawy wg oferty cenowej
Numer umowy/notatki służbowej	Data zlecenia naprawy/przeglądu
Uwagi	
Data zakończenia naprawy	Imię i nazwisko (lub pieczętka) oraz podpis pracownika realizującego zgłoszenie

\* niepotrzebne skreślić