………(1)………. T.C. kimlik numaralı .…..…..(2)………., ………(3)……….’de …..(4)…. tarihleri arasında ……(5)….. cihazının/cihazlarının kalite kontrol/kalite uygunluk testlerinde görev almıştır.

Sağlık Hizmet Sunucusu İmza Yetkilisinin

Adı Soyadı Görevi

# …/…/20.. İmza

Açıklamalar:

1. Başvuru sahibinin T.C kimlik numarası yazılır.
2. Başvuru sahibinin adı ve soyadı yazılır.
3. Başvuru sahibinin görev aldığı sağlık hizmet sunucusu adı yazılır.
4. Başvuru sahibinin görev aldığı tarih aralığı yazılır. *(Örn: 01.05.2020 - 02.03.2022)*
5. Kalite kontrol/kalite uygunluk testlerinde görev alınan bu Kılavuz kapsamındaki cihaz isimleri yazılır.