



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ARAÇ/TIBBİ CİHAZ ve DİĞER DONANIM ARIZA BİLDİRİM FORMU

İL ADI : GÖREV YERİ :
ARIZA BİLDİRİM TARİHİ : .../.../202 . SAATİ : . . : . .
ARIZA MÜDAHALE TARİHİ : .../.../202 . SAATİ : . . : . .
ARIZANIN GİDERİLDİĞİ TARİH : .../.../202 . SAATİ : . . : . .
BİRİM KAYIT NUMARASI :
YÜKLENCİ FİRMA :

ARAÇ BİLGİLERİ**TIBBİ CİHAZ / DİĞER DONANIM BİLGİLERİ**

MARKA/MODEL YILI : _____ CİHAZ/DONANIM : _____
ARAÇ ŞASE NO : _____ MARKA/MODEL : _____
KM : _____ PLAKA : _____ SERİ NO : _____

**ARAÇ
ARIZA ÖN TESPİT****TIBBİ CİHAZ / DİĞER DONANIM
ARIZA ÖN TESPİT**

1)

1)

2)

2)

3)

3)

4)

4)

5)

5)

NOT ve AÇIKLAMALAR**NOT ve AÇIKLAMALAR**

İstasyon Personeli

İstasyon Personeli

İstasyon Personeli

Bildirimi Yapmakla Görevli Personel