

بسمه تعالی

تاریخ :

فرم اعلام تعداد پرینتر و کارتریج های موجود در هر واحد / بخش

نام واحد / بخش :

ردیف	مدل پرینتر	تعداد	مدل کارتریج	تعداد
۱				
۲				
۳				
۴				
۵				
۶				
۷				

امضا مسئول فناوری اطلاعات

امضا مدیر بیمارستان

امضاء مسئول واحد/بخش