Duomenų apie naudojamas

medicinos priemones (prietaisus) registravimo

ir pateikimo tvarkos aprašo

10 priedas

**(Duomenų apie diagnostinę rentgeno įrangą pateikimo forma)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos pavadinimas)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įstaigos adresas)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(įmonės kodas, telefonas, faksas, el. paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie

Sveikatos apsaugos ministerijos

**DUOMENŲ APIE DIAGNOSTINĘ RENTGENO ĮRANGĄ PATEIKIMO FORMA**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (data)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(sudarymo vieta)

**1. Duomenys apie medicinos priemonę (prietaisą)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medicinos priemonės (prietaiso) pavadinimas** | **Tipas /****modelis** | **Partijos /****serijos numeris** | **Gamintojo pavadinimas**  | **Gamintojo šalies kodas (pvz., LT)** | **Pagaminimo data** | **Įsigijimo data** | **Naudojimo pradžios data** | **Aproba-vimo doku-mento Nr.**  | **CE** **ženklas****yra / nėra** | **Paskelb-tosios įstaigos numeris** | **Naudojimo vieta****(pvz., skyrius, kab. Nr.)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**2. Techninės medicinos priemonės (prietaiso) charakteristikos:**

**2.1. Tipas:**  Stacionarus Mobilus

 Skaitmeninis Analoginis

 Universalus Fluorografas C lanko sistema Dantų Panoraminis Panoraminis su tūrinės tomografijos funkcija

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(pareigų pavadinimas) (parašas) (vardas ir pavardė)*