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)*