

**(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	Aprobavimo dokumento Nr.	CE ženklas yra / nėra	Paskelbtosios 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)