



Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Hekimliği Uygulama ve Araştırma Merkezi
Arıza Bildirim Formu

Doküman No.	DMC. FR.19
Yayın Tarihi	22.05.2019
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No.	-
Sayfa No.	1/1

ARIZAYI BİLDİRENİN	ARIZALI CİHAZIN
Adı/soyadı: Görevi: Birimi: Tarih/saat: İmza:	Cihazın adı: Arıza açıklaması:

MÜDAHALE ÖZETİ	KULLANILAN MALZEMELER

SONUÇ	Arıza giderildi ()	Cihaz yetkili servise gönderildi ()
--------------	----------------------------	---

Yetkili Servis Bilgileri: Gönderilme Tarihi:
