

معاونت بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



فرم سوابق کالیبراسیون		
تاریخ: ۱۴۰۲/۲/۲۳	ویرایش: ۱	
بخش:	گروه: تجهیزات	

سوابق کالیبراسیون

نام دستگاه:	کاربر ویژه:	شماره سریال:	کد شناسایی:
فاکتور مورد کالیبراسیون:			
تاریخ کالیبراسیون	نام مسئول	تاریخ کالیبراسیون بعدی	Working Range (در صورت نیاز)
Total Range (در صورت نیاز)	خطای قابل قبول	تأیید مدیر فنی	توضیحات

آدرس: خیابان ابن سینا نیش سنبلستان  
 تلفن: ۰۳۱۳۴۴۷۶۰۶۰