



**T.C**  
**ANKARA VALİLİĞİ**  
**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA**  
**(Özel Ayaktan Tanı ve Tedavi Merkezleri Birimi)**

**TIP MERKEZİ**  
**CİHAZ İLAVESİ DENETİM FORMU**

Adı:	
Adresi	
Sahipliği	
Türü	
Başvuru tarihi	
İlave edilecek cihaz marka/model/seri no	
İlave edilecek cihaz hangi birimde kullanılacak	
İlave edilecek cihaz uygun mu?	
Cihaz için ayrı oda tanzim edilecekse kroki/proje değişikliği yapılmış mı?	
SONUÇ:	

\*Birden fazla eksiklik tespit edilmesi halinde ek tutanak tanzim edilmelidir.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Mesul Müdür



**T.C**  
**ANKARA VALİLİĞİ**  
**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA**  
**(Özel Ayaktan Tanı ve Tedavi Merkezleri Birimi)**

**TIP MERKEZİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZI İLAVESİ/  
TIP MERKEZLERİ GÖRÜNTÜLEME CİHAZI İPTALİ İÇİN İSTENİLEN  
BELGELER  
KONTROL BELGESİ**

**KURULUŞ ADI** : \_\_\_\_\_  
**KURULUŞ ADRESİ** : \_\_\_\_\_  
**KURULUŞ TÜRÜ** : \_\_\_\_\_

İSTENİLEN BELGELER	Uygun	Uygun Değil
1-Tıp Merkezi Ruhsatname/Faaliyet Belgesi/Uygunluk Belgesi yenileme matbu dilekçesi		
2-Tıp Merkezi Ruhsatname/Faaliyet Belgesi/Uygunluk Belgesi aslı ve yenileme dekontu		
3-İlave edilecek cihazın TAEK belgesi mesul müdür onaylı örneği		
4-İlave edilecek cihazın bulunduğu odanın proje/kroki üzerinde belirtilmesi		
5-İlave edilecek cihazın Radyoloji Ünitesine ilave edilmesi hususunda <b>MÜESSESE RUHSATNAMESİ İÇİN BİLDİRİM FORMU</b>		
6-Tahahütname (C Tipleri için 1 ve 2,A ve B Tipleri için 2)		
7-Teftiş Formu		
<b>KONTROL EDEN</b> Sağlık Müdürlüğü Personeli Adı Soyadı :	Tarih	İmza