

宁乡市妇幼保健计划生育服务中心

宁乡市妇幼保健院

设备\装备验收单

1902284

使用科室: 产后康复科

取得方式: 购置 赠送

设备名称	<u>脉冲磁场治疗仪</u>		设备编号	<u>M170-25B015</u>	
规格型号	<u>Magnetover M170</u>		设备数量	<u>1台</u>	
生产厂家	<u>南京伟思医疗科技股份有限公司</u>		设备单价	<u>49800元</u>	
生产日期	<u>2025.11.08</u>		设备总价	<u>49800元</u>	
存放地点	<u>产后康复科</u>		供货商	<u>湖南弘医医疗器械有限公司</u>	
安装日期	<u>2026.5.8</u>		验收日期	<u>2026.5.8</u>	
零配件名称及数量			说明书资料名称及数量		
安装人员	<u>郭德云</u>	科室使用人 签名	<u>李洪</u>	科室保管人 签名	<u>李洪</u>
设备培训 记录	培训内容	<u>设备操作培训</u>			
	参加人员	<u>李洪 李洪 李洪</u>			
按合同和装箱单, 核对设备到货实际配置、型号、规格、数量:					
<input checked="" type="checkbox"/> 齐全 <input type="checkbox"/> 缺少 缺少件名称 (可附件):					
仪器安装运行情况: 正常 <input checked="" type="checkbox"/> 不正常 <input type="checkbox"/>					
设备验收结论: 合格 <input checked="" type="checkbox"/> 不合格 <input type="checkbox"/>					
工程师工作评定:			评定医生 / 工程师:		
服务质量: 差 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 好 <input checked="" type="checkbox"/>					
仪器操作培训质量: 差 <input type="checkbox"/> 一般 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/>					
使用科室验收人 (签字): <u>李洪</u>		设备管理部门 (签字): <u>李洪</u>		资产会计签字: <u>李洪</u>	
厂商代表: (签字) <u>李洪</u>		联系电话: <u>18074019288 2026-5-8</u>			
备注: 1、资质是否齐全: _____					
2、技术资料情况: _____					
3、随即配件情况: _____					
4、随机赠送情况 (详细登记赠送设备的名称、规格型号、产地、数量、单价等信息)					

一式四联 (白) 财务付款 第二联 (红) 资产登记 第三联 (黄) 使用科室 第四联 (蓝) 设备管理科室

注: 此验收单为付款、财产登记、科室条码粘贴、资产档案管理凭证、随机赠送设备一同验收入帐。