|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **بسمه تعالی** |   **فرم مقایسه کیفی سفارش لوازم و تجهیزات پزشکی ( فرم کارشناسی )** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نام مرکز : .............................. نام وسیله مورد تقاضا :.............................. تعداد مورد تقاضا ........................ تاریخ :...................................** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **پیشنهادات**  **مشخصات** | | | | **پیشنهاد اول** | | | | | **پیشنهاد دوم** | | | | **پیشنهاد سوم** | | |
| **شاخصهای عمومی** | | **نام و مدل** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **کشور تولید کننده و کمپانی سازنده** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **نماینده در ایران - استان** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **تاریخ و شماره پیش فاکتور اولیه** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **ارزیابی** | | | | **مطلوب** | | **قابل قبول** | **ضعیف** | | **مطلوب** | **قابل قبول** | | **ضعیف** | **مطلوب** | **قابل قبول** | **ضعیف** |
| **قابلیت پزشکی پزشکی** | | **مستندات آموزشیدستگاه  شامل کاتالوگ ، دفترچه راهنما و ...** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی لوازم مصرفی دستگاه** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی سهولت کاربری و سوابق  استفاده از دستگاه** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی پزشکی قابلیتهای اصلی  ( دقت ، صحت و خطای مجاز )** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی ایمنی پزشکی دستگاه** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **قابلیت فنی ومهندسی** | | **ارزیابی فنی سهولت نگهداری شامل  تعمیر ، PM ، کالیبراسیون** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی قطعات پر مصرف و عمر مفید آنها** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی امکان بروز نمودن دستگاه** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **شاخصهای شرکت فروشنده کالا شرکت  فروشنده کالا** | | **ارزیابی مجوزها و مستندات عرضه کالا  ( نماینگی انحصاری ، استانداردها و تائیدیه کیفی وزارت)** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی توان فنی و تخصصی شرکت  در ارائه خدمات پس از فروش** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **ارزیابی قراردادها و تعهدات شرکت** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **دارا بودن نمایندگی استانی** | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **نتیجه ارزیابی** | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **شاخصهای مالی کالا مالی  کالا** | | **هزینه خرید کالا ( قیمت کالا )** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **هزینه لوازم مصرفی کالا** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **هزینه قرارداد نگهداری سالیانه دستگاه** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **هزینه کالیبراسیون سالیانه** | |  | | | | |  | | | |  | | |
| **ارزیابی کالا** | | | |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **کدام مورد ترجیح داده می شود و علت انتخاب :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اعلام نظر گروه مربوطه :**  دستگاه مربوطه برای استفاده در آزمایشگاه آموزشی ............................... واحد عملی .......................................................... خریداری می­گردد.  دستگاه برای آزمایشگاه تحقیقاتی .................................... خریداری می­گردد. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اعلام نظر کمیته تجهیزات :** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ارزیابی کنندگان ( اعضای کمیته تجهیزات پزشکی درخواست کننده )** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ردیف** | | **نام و نام خانوادگی** | | **سمت** | | | | | | **مهر و امضاء** | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | | |
| **نام و امضاء رئیس کمیته تجهیزات پزشکی درخواست کننده** | | | | | | | **نام و امضاء دبیر کمیته  ( مسئول تجهیزات پزشکی درخواست کننده )** | | | | | | | | |
|
| **توجه :  تنها در صورتیکه مبلغ ریالی دستگاه تصویب شده *بیش از دویست میلیون ریال* باشد جهت صدور مجوز نهائی به اداره تجهیزات پزشکی دانشگاه ارسال شود .** | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|