



**KIRIKKALE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ARIZA BİLDİRİM FORMU**



Kod: DMC.FR.02

Yayın Tarihi:02.01.2019

Revizyon Tarihi:

Revizyon No:

Sayfa No/Sayfa Sayısı: 1/1

CİHAZ ADI:

CİHAZIN BULUNDUĞU YER

CİHAZIN TAHMİNİ ARIZASI

BİLDİRİM TARİHİ/SAATİ:

BİLDİRİM YAPAN ADI SOYADI:

İmza:

**Hazırlayan:
Teknik Hizmetler Sorumlusu**

**Kontrol eden:
Kalite Direktörü**

**Onaylayan:
Dekan**

Arıza durumunda bu form doldurulup imzalanarak teknik servis elemanına teslim edilmelidir.