RELACIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS

Nombre de la IPRESS: ……..……..

Dirección: ……..……

Fecha: ……/……/…….

N°	Ambiente	Nombre del Equipo	Marca del Equipo	Modelo del Equipo	Propio	
					Si	No

DIRECTOR MÉDICO//RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE SALUD

Nombre: ……..……..

DNI N°: ……..……