

## DANH SÁCH THIẾT BỊ HIỆU CHUẨN

Đơn vị:.....

Ngày ... tháng ... năm ...

STT	Tên thiết bị	Mã số	Yêu cầu hiệu chuẩn của thiết bị	Khử nhiễm		Người bàn giao	Người nhận
				Có	Không		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							