

IHRE DATEN :

	Rechnungsanschrift	ggfs. Abweichender Rechnungsempfänger
Name/ Firma		
Straße, Haus-Nr.		
PLZ, Ort		
Ansprechpartner		
Telefon		
E-Mail (für eRechnung)		

IHRE GERÄTE :

Pos.	Gerätetyp / Bezeichnung	Ggf. Seriennummer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

- Hiermit bestätigen wir, dass die Geräte des Prüfauftrages gemäß den aktuell geltenden Anforderungen der Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten sowie den Herstellerangaben gereinigt, desinfiziert und ggf. sterilisiert wurde.

Bitte senden Sie Gerät immer mit kompletten Zubehör wie Manschetten, Kabel und Gerätebuch ein.

Datum, Unterschrift