

## Mutationsmeldung Medizingeräte

Kunde:		
	<b>ID Nr.:</b> <input type="checkbox"/> <b>Neuaufnahme</b> Datum Inbetriebnahme: Garantie bis: Baujahr:	<b>ID Nr.:</b> <input type="checkbox"/> <b>Ausserbetriebnahme</b> <input type="checkbox"/> Gerät wurde bereits fachgerecht entsorgt  <input type="checkbox"/> <b>Kündigung</b>
Gerätebezeichnung:		
Typ / Modell:		
Seriennummer:		
Hersteller:		
Lieferant:		
Artikelnummer:		
Abteilung:		
Standort:		
Kostenstelle:		
Gehört zu ID-Nummer:		
Listenpreis CHF:		
Zubehör: (Sonden, etc.)		
Bemerkungen:		letzte Prüfung:  nächste Prüfung:
Name HOAG Techniker (in Blockschrift):	Visum Hospitec Admin :	Name / Visum Kunde:
Datum:	SIAM: Datum: _____	Datum:
Visum Hospitec Sales:	aufnehmen ab:	
Datum: _____	ausmustern per:	