

Mutationsmeldung Medizingeräte

Kunde:		Kunden-Nr.:	
	ID Nr.: <input type="checkbox"/> Neuaufnahme Datum Inbetriebnahme: Garantie bis: Baujahr:		ID Nr.: <input type="checkbox"/> Ausserbetriebnahme <input type="checkbox"/> Gerät wurde bereits fachgerecht entsorgt <input type="checkbox"/> Kündigung
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:	