

Avis de mutation de dispositifs médicaux

Client:		N° de Client:	
	N° ID: <input type="checkbox"/> Enregistrement Date de mise en service: Date de fin de garantie: Année de fabrication:		N° ID: <input type="checkbox"/> Mise Hors Service <input type="checkbox"/> L'équipement a déjà été éliminé <input type="checkbox"/> Résiliation
Dénomination de l'appareil:			
Type / Modèle:			
N° de serie::			
Fabricant:			
Fournisseur / distributeur:			
N° d'article:			
Département:			
Localisation:			
Centre de coûts:			
Fait partie de ID N°:			
Prix catalogue CHF:			
Accessoires: (Sondes, etc.)			
Remarques:		Date dernier contrôle:	
		Date prochain contrôle:	
Nom technicien HOAG en caractères d'imprimerie:	Visa admin Hospitec :	Nom/Visa client:	
Date:	SIAM:	Date:	
	Date: _____	Date:	
Visa Hospitec sales:	Enregistrer dès le:		
Date: _____	Hors service dès le:		