

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 Püfung: | |
| Name HOAG Techniker (in Blockschrift): | Visum Hospitec Admin : | Name / Visum Kunde: | |
| Datum: | SIAM: Datum: _____ | Datum: | |
| Visum Hospitec Sales: | aufnehmen ab: | | |
| Datum: _____ | ausmustern per: | | |