

Avviso di mutazione dispositivo medico

Cliente:		N° Cliente:	
	N° ID.: <input type="checkbox"/> Nuova registrazione Data messa in esercizio: Garanzia fino al: Anno di costruzione:	N° ID: <input type="checkbox"/> Fuori servizio <input type="checkbox"/> Il dispositivo è già stato smaltito <input type="checkbox"/> Licenziamento	
Descrizione:			
Tipo / modello:			
Numero di serie:			
Produttore:			
Fornitore:			
Numero d'articolo:			
Reparto:			
Ubicazione:			
Centro di costo:			
Appartiene a N° ID:			
Prezzo di listino CHF:			
Accessori: (sonde, ecc.)			
Osservazioni:		Ultimo controllo: Prossimo controllo:	
Nome tecnico HOAG (stampatello):	Visto HOAG amministrazione:	Nome (stampatello) / Visto cliente:	
Data:	SIAM: Data: _____	Data:	
Visto HOAG Sales:	Registrazione a partire da:		
Data: _____	Fuori servizio a partire da:		