Service-Auftrag / Eingang von Geräten zur STK, MTK, Wartung bzw. Reparatur

Medi CARE
Ihr Partner in Sachen Notfallmedizin
Health-tec
www.health-tec.de

ISO 9001 CERTIFICATION Intertek

Auftraggeber:

_____

_____

_____

Rechnungsempfänger:

_____

_____

_____

	Gerät 1	**Gerät 2**	**Gerät 3**
Gerätetyp:			
Serien-Nr.:			
Mitgeliefertes Zubehör:			
Gerätebuch:	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein

Hinweis**:** Wenn möglich, entnehmen Sie bitte unbedingt beim Versenden Ihres Gerätes die Batterie/den Akku.

Fehler-beschreibung:			

Leihgerät vorhanden/ notwendig**:** ☐ Ja ☐ Nein

Gerätetyp / Serien-Nr.: _____

Zubehör: _____

Auftragserteilung: _____ Datum _____ Unterschrift MediCARE _____ Unterschrift Auftraggeber

Mit der Unterschrift versichert der Auftraggeber, dass alle **Geräte fachgerecht desinfiziert** übergeben werden. **Falls nicht**, ist vor der Geräteübergabe ausdrücklich darauf hinzuweisen.

Hinweise hinsichtlich Ihrer Rechte zum **Datenschutz** finden Sie auf unserer Homepage unter: www.health-tec.de/**dsgvo** und oder www.health-tec.de/**datenschutzerklaerung**

Weitere Vorgehensweise (von MediCARE auszufüllen):

STK / MTK / Wartung / Reparatur: ☐ Werkstatt MediCARE ☐ Hersteller

☐ Gerät muss durch MediCARE **kostenpflichtig** desinfiziert werden.

_____

_____

_____
(Notizfeld)