

Reparaturbegleitschein



In Sinne einer zügigen Bearbeitung dieses Vorganges bitten wir Sie, dieses Formular vollständig ausgefüllt Ihrer Lieferung beizulegen.

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co.KG
- Serviceabteilung -

Ludwig-Kegel-Straße 16
79853 Lenzkirch
Germany

Absender:

Kd.Nr. (falls bekannt): _____

Name / Firma: _____

Ansprechpartner: _____

PLZ / Ort: _____

Straße / Hausnummer: _____

Adresszusatz: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Bitte frei lassen!
Dieses Feld wird von
ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG
ausgefüllt.

ATMOS - Reklamationsnummer (falls bekannt):

ATMOS - Ticketnummer (falls bekannt):

Ihre Referenz / Ihr Auftrag

Bitte Kostenvoranschlag erstellen

Für Kostenvoranschläge berechnen wir grundsätzlich eine Pauschale von € 40,00 welche mit einer anschließenden Reparatur verrechnet wird.

Gerätetyp:

Seriennummer:

Mitgeliefertes Zubehör:

Nutzen Sie die Rückseite für eine detaillierte Schilderung des Problems.

Dekontaminationsnachweis / Hygiene - Unbedenklichkeitsbescheinigung.

- Das gelieferte Medizinprodukt ist NICHT mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen. Eine hygienische Gefährdung von Personen durch einen Kontakt mit diesem Produkt ist ausgeschlossen. Dies bestätige ich mit meiner Unterschrift.
- Das gelieferte Medizinprodukt wurde bei Behandlungen eingesetzt und ist / kann während der Anwendung mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen sein. Das Produkt wurde gereinigt und folgendermaßen dekontaminiert:

Desinfektionsmittel: _____ **Konzentration in %:** _____ **Einwirkdauer in min.:** _____

Bitte verpacken Sie dieses Produkt zusätzlich auslaufsicher in einem Plastikbeutel!

Bitte beachten Sie, daß die Produkte bei einigen Desinfektionsverfahren beschädigt werden können und damit eine Ursachenanalyse ggf. nicht mehr möglich ist. Beachten Sie bitte die Gebrauchsanweisung für die Auswahl geeigneter Verfahren.

Wir behalten uns vor, die Annahme von unbehandelten Produkten zu verweigern oder den zusätzlichen Aufwand für Reinigung und Desinfektion separat zu berechnen!

Datum: _____

Unterschrift: _____

Reparaturbegleitschein



Fehlerbeschreibung

Teilen Sie uns Ihr Anliegen mit

A large rectangular area containing horizontal lines for writing the error description.