

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)

Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją:

Na wyżej wymienioną naprawę udzielam okresu gwarancji.

Cena naprawy wyrobu medycznego

Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.

Data, pieczęć i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego

Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)

podpis osoby odbierającej**

** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.