

Zangenschleifservice-Rücksendeformular

Kunden-Nummer:
RMA-Nr.:

Datum:

Art. Nr.	Art. Bezeichnung	LOT Nr.	Anzahl

ES WERDEN AUSSCHLIESSLICH DEKONTAMINIERTE UND AUFBEREITETE ZANGEN ANGENOMMEN

Ich bestätige hiermit, dass: (entsprechendes Kästchen bitte ankreuzen)

- das anbei liegende Medizinprodukt NICHT mit Blut oder Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist und hygienisch unbedenklich ist.
- das anbei liegende Medizinprodukt mit Blut oder Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen ist. Es wurde gereinigt und dekontaminiert:
 - Dampfsterilisation (3 Min. bei 134°C bzw. 15 Min. bei 121°C)
 - Anderes Verfahren (bitte angeben):
- das anbei liegende Medizinprodukt NICHT dekontaminiert werden musste, da es nicht im medizinischen Gebrauch war.

Bei Rückfragen bitte nachfolgende Person/en kontaktieren:

Name:		Telefonnummer:		Mail:	
Aufbereitet von:		Unterschrift:		Klarschrift:	
am:		Praxisstempel		Datum:	