|  |
| --- |
| **Сопроводительный акт****к передаваемому в диагностику медицинскому изделию** |
| Наименование владельца - медицинского учреждения: |  |
| Контактное лицо(для уточнения вопросовпо неисправности): |  |
| Контакты (телефон, e-mail, …) |  |
| Наименование медицинского изделия: |  |
| Производитель: |  |
| Артикул(при наличии) |  |
| Серийный номер или номер партии (LOT) (при наличии) |  |
| Год выпуска(при наличии информации) |  |
| Описание неисправности |  |
| \*Отметка о стерилизации (**обязательно!**). Метод стерилизации |  |

***\*Примечание: Оборудование и инструменты, не прошедшие стерилизацию, в диагностику не принимаются!***

Дата передачи: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года