

Warszawa, dnia

ZGŁOSZENIE AWARII SPRZĘTU MEDYCZNEGO

Komórka organizacyjna

.....
zgłasza awarię/problemy z funkcjonowaniem i prawidłowym działaniem urządzenia
medycznego

nazwa urządzenia:,

typ urządzenia:.....,

model urządzenia:.....,

numer seryjny:,

miejsce eksploatacji:,

rodzaj uszkodzenia/ opis problemu :,

.....,

.....,

.....
podpis Kierownika komórki organizacyjnej