



Zápis o předání nebo převzetí zdravotnického prostředku

Předávající:
(dodavatel/půjčitel)

Přebírající:
(IKEM)

Název ZP: _____ Typové označení ZP: _____

Výrobní číslo: _____

Třída ZP: _____ UDI: _____

V jakém stavu je ZP přebírán (uved'te, zda ZP je plně funkční, nefunkční pro hrubé závady, má drobné závady nebránící provozu v hlavních a důležitých funkcích, uveďte popis, charakteristiku nedostatků):

V případě, že ZP nebyl převzat plně funkční, uveďte termín odstranění závad:

Datum pořízení zápisu:

Jméno a podpis předávajícího (čitelně)
dodavatel

Jméno a podpis přebírajícího (čitelně)
IKEM