



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