

## Zápis o předání nebo převzetí zdravotnického prostředku

*Record of handover of a medical device (The Handover Protocol)*

Předávající (*Transferor/Provider*):  
(*dodavatel/supplier*)

Přebírající (*Transferee*):  
(IKEM)

Název ZP:  
(*Name/Title of a medical device*)

Typové označení ZP:  
(*Type identification*)

Výrobní číslo:  
(*Serial number*)

**V jakém stavu je ZP přebírán** - uveďte, zda ZP je plně funkční, nefunkční pro hrubé závady, má drobné závady nebránící provozu v hlavních a důležitých funkcích, uveďte popis, charakteristiku nedostatků. (*The condition of the medical device at the time of takeover (state whether the device is fully functional, non-functional due to gross defects, has minor defects that do not prevent operation in the main and important functions, describe characteristics of the defects)*)

V případě, že ZP nebyl převzat plně funkční, uveďte termín odstranění závad. (*In case the medical device has not been taken over fully functional, please state the date of removal of the defects*):

Datum pořízení zápisu (*Date of execution of the protocol*):

-----  
 Jméno a podpis předávajícího (*čitelně*)  
*Dodavatel*  
*Name and Surname of Transferor (legible)*  
*Supplier*

-----  
 Jméno a podpis přebírajícího (*čitelně*)  
*IKEM*  
*Name and Surname of Transferee (legible)*  
*IKEM*