

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