

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 (*uvedte, zda ZP je plně funkční, nefunkční pro hrubé závady, má drobné závady nebránící provozu v hlavních a důležitých funkcích, uvedte popis, charakteristiku nedostatků*):

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

Datum pořízení zápisu:

Jméno a podpis předávajícího (*čitelně*)
dodavatel

Jméno a podpis přebírajícího (*čitelně*)
IKEM