

 Sundbybergs stad ÄLDREFÖRVALTNINGEN	Referensdokument
	Blankett för inventariebeskrivning
	Tillhör: Rutin för medicintekniska produkter

Enhet: _____ Datum: _____

Inventariebeskrivning av medicinteknisk produkt

Produkt: _____ **Invent. nr:** _____

Serienummer: _____ **Tillv. år:** _____

Tillverkare: _____

Leverantör: _____ **Garanti tid:** _____

Inköps år-månad: _____ **Pris:** _____

Placering (enhet): _____

Ankomstkontrollerad, registrerad och märkt av: _____

Underhåll

Periodicitet på service: _____

Periodicitet på besiktning: _____

Service utföres av: _____ **Tfn:** _____

