

Auftrag zur Reparatur der Zentrifuge

Liebes Praxisteam,

bitte schicken Sie Ihre Zentrifuge **desinfiziert** per Fahrdienst an :

MVZ Clotten

z.Hd. Herrn Ungi

Merzhauserstr.112a

79100 Freiburg

Legen Sie dieses Schreiben bitte der Zentrifuge bei.

Von der Praxis auszufüllen!	
Praxisstempel (mit Telefonnummer)	
Ansprechpartner (für mögliche Rückfragen)	
Folgender Defekt liegt vor:	
Serien-Nr. der Zentrifuge	
Inventar-Nr. der Zentrifuge	
Wichtige Angaben	<input type="checkbox"/> Eigentum der Praxis <input type="checkbox"/> Eigentum des MVZ Clotten <input type="checkbox"/> Nutzungsvereinbarung vorhanden
Ort und Datum	

Vom Labor auszufüllen!	
Erfasst durch (Name, Datum)	
<input type="checkbox"/> Zentrifuge wurde repariert, geht an die Praxis zurück <input type="checkbox"/> Zentrifuge wird ausgetauscht (entsprechende Formulare ausfüllen)	

Bitte an ESB (S. Trigarszky) weiterleiten!