Arnold Bott AG
Chirurgische Instrumente
Ein Unternehmen der Polymed Gruppe
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg, Tel. Nr. 044 / 828 62 60, Fax 044 / 828 62 61

Dekontaminierungs- und Reparaturformular

Ihre Kundennummer: _____

Ihre Auftragsnummer (wenn vorhanden): _____

Lieferadresse:

Rechnungsadresse

Pos.	Menge	Artikelnummer	Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Reparaturersatz ☐ Ja ☐ Nein

Rücksendegrund:

Dekontaminierungsbestätigung:
Bitte zutreffende Felder ankreuzen.

☐ Mit der Unterschrift wird bestätigt das die Medizinprodukte **NICHT** mit Blut, Gewebe, Körpersubstanzen und anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt gekommen sind und hygienisch unbedenklich sind.

☐ Die vorliegenden Medizinprodukte kamen während der Anwendung mit Blut, Gewebe, Körpersubstanzen und anderen Körperflüssigkeiten in Kontakt. Es wird bestätigt das die vorliegenden Medizinprodukte
- ☐ einer Reinigung und Desinfektion maschinell/manuell
- ☐ einer Dampfsterilisation bei 134°C
- ☐ einem anderen Verfahren:

unterzogen wurden.

☐ die vorliegenden Medizinprodukte wurden **NICHT** dekontaminiert.
Begründung (zwingend erforderlich!):

Bei Nichterhalt des Dekontaminationsnachweis bzw. einer vergleichbaren Bescheinigung, behalten wir uns das Recht vor, die Ware kostenpflichtig für den Empfänger zurückzusenden.

Datum _____ Name _____ Unterschrift _____

français →

Arnold Bott AG
Chirurgische Instrumente
Ein Unternehmen der Polymed Gruppe
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg, Tél n. 044 / 828 62 60, Fax 044 / 828 62 61

Formulaire de décontamination et de réparation

Votre numéro de client: _____

Votre numéro de commande (si disponible): _____

Adresse de livraison:

Adresse de facturation:

Pos.	Quantité	Référence de l'article	Désignation
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

besoin de remplacement ☐ Oui ☐ Non

Raison du retour:

Confirmation de décontamination:
Veuillez cocher les cases qui conviennent.

☐ La signature confirme que les dispositifs médicaux n'ont **PAS** été en contact avec du sang, des tissus, des substances corporelles et d'autres liquides corporels et qu'ils sont hygiéniquement inoffensifs.

☐ Les dispositifs médicaux concernés ont été en contact avec du sang, des tissus, des substances corporelles et d'autres liquides corporels pendant leur utilisation. Il est confirmé que les dispositifs médicaux ont été soumises
- ☐ un nettoyage et une désinfection mécanique/manuelle
- ☐ une stérilisation à la vapeur à 134°C
- ☐ une autre procédure:

☐ les présents dispositifs médicaux n'ont **PAS** été décontaminés.
Justification (obligatoire !):

En cas de non-réception du certificat de décontamination ou d'un certificat similaire, nous nous réservons le droit de renvoyer la marchandise au destinataire, aux frais de ce dernier.

Date _____ Nom _____ Signature _____

deutsch →