



Zurück an Fax: 56-4096

Universitätsklinikum Heidelberg
Zentrum f. Informations- u. Medizintechnik
Abteilung Medizintechnik
Speyerer Straße 4
69115 HEIDELBERG

Ansprechpartner in der Klinik:

Herr/Frau:

Tel.:

Fax:

Antrag auf Nacherfassung eines Gerätes

Für folgendes Gerät:

GERÄTEDATEN	
Bezeichnung:	Typ:
Hersteller:	Seriennummer:
Klinik:	Standort, Ebene: (z.B. 667099):
Institut/Abteilung:	Raum:
In Betrieb ab:	Baujahr:
Anschaffungswert:	Anschaffungsdatum:
Lieferant:	Lieferdatum:
Garantie bis:	Kostenstelle:

Gerätebeauftragte(r)/verantwortliche Person: _____
(Druckbuchstaben)

Unterschrift: _____

Datum: _____

Stempel der Abteilung

-BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN-