

## 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 soumis
- 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 !) : \_\_\_\_\_

**Remarque :** En cas de non-réception du certificat de décontamination ou d'un certificat similaire, nous nous réservons le droit de renvoyer la marchandise, moyennant des frais.

Lieu, date

Nom

Signature