

COMANDA DISPOZITIVE MEDICALE

Nr.....din data de...../...../

NUME BENEFICIAR		PRENUMELE BENEFICIAR	
LOCALITATEA		JUDEȚ / SECTOR	
STRADA		NUMĂR	
BLOC	SCARA	ETAJ	APARTAMENT
CNP			
TELEFON		BI/CI SERIA	NUMĂR
DATA ELIBERĂRII		EMITENT	
VALOAREA SUPORTATA DE CNAS			
PREȚ PRODUS			
DECIZIA NR./DATA		EMIT DE C.A.S.	
DIFERENȚA BENEFICIAR		CHITANȚA NR./DATA	

CERTIFICAT DE GARANȚIE

Denumirea dispozitivului medical: tip..... , cod produs

Livrat la data de..... Beneficiar

Producător.....

Termenul de garanție este de..... luni de la livrare pentru orice fel de defecțiune de fabricație, iar termenul de înlocuire este de.....luni.

Condițiile de garanție sunt conform cu H.G. Nr. 394 din 08 iunie 1995 și modificările și completările ulterioare. Se asigură service în garanție la sediul firmei, Garanția nu se aplică în următoarele situații: întreținerea și depozitarea necorespunzătoare, utilizarea incorectă, repararea sau înlocuirea de piese și componente de către persoane neautorizate.

DECLARAȚIA DE CONFORMITATE

Sc. BEST LINE PROTETIC SRL declar pe propria răspundere că dispozitivul medical facturat corespunde cerințelor esențiale din H.G. 911/2005 privind utilizarea și punerea pe piață a dispozitivelor medicale. Produsul are autorizația de utilizare de la Ministerul Sănătății nr. 2989 din data de 02.09.2009/preschimbat 09.02.2015

PROCES VERBAL DE PREDARE PRIMIRE

Am primit produsulbuc....., tip....., cod.....,la data de.....

împreună cu certificatul de garanție, instrucțiuni de folosire în limba română și mă declar mulțumit de modul lui de funcționare.

livrat la domiciliu.....

trimis prin poștă.....

SC Best Line Protetic SRL
 (semnatura si stampila)

Beneficiar,

SC BEST LINE PROTETIC SRL