Auftragsformular für STK Wartung

Datum:

Lieferanschrift:

Name der Firma:

_____

Ansprechpartner

_____

Telefonnummer

_____

E-Mail-Adresse

_____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

_____

Auftragsnummer (wenn vorhanden)

_____

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

Name der Firma:

_____

Ansprechpartner

_____

Telefonnummer

_____

E-Mail-Adresse

_____

Straße und Hausnummer

_____

Postleitzahl und Ort

_____

Checkliste:

- ☐ Defibrillator
- ☐ Elektroden
- ☐ Batterie
- ☐ Gerätetasche
- ☐ Erste-Hilfe Set für Reanimation
- ☐ Medizinprodukteboch

(Wenn vorhanden, bitte dem Paket beilegen.)

Seriennummern der Geräte:

☐ abgelaufene Elektroden & Batterien erneuern sowie fehlendes Notfallset zur Reanimation ergänzen*

Bemerkungen:

Unterschrift:

*Preise für das Verbrauchsmaterial finden Sie auf unserer Website