


Document no :		<b>Formulaire</b> <b>Fiche de réparation</b>	
Version :	1.0		
Valable dès le :			
Page :	1 de 2		


Ce formulaire vous sert à nous envoyer votre DM (identifié) et nous transmettre votre demande. Le DM sera préalablement décontaminé et distinct par rapport aux autres DM que vous nous envoyez. Éventuellement mettre une attache visible sur le DM à réparer.

DATE ENVOI CHEZ STERILEASE SA	
NOM du client / Hôpital / Clinique (Lisible et en toutes lettres)	
SIGNATURE (lisible)	

Nom / Désignation et Référence du DM / du Set / du Plateau	
Numéro de référence, de série du DM / du Set / du Plateau (Réf. SteriLease)	
Personne de contact (celle qui fait l'envoi) et numéro de téléphone joignable en cas de question.	

Vous aimeriez nous transmettre votre DM pour :

- Une réparation
- Un aiguisage
- Un échange:
  - Achat du même DM (pour autant que ce DM existe encore) par nos soins avec votre accord
  - Autre : \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

Document no :		<b>Formulaire</b> <b>Fiche de réparation</b>	
Version :	1.0		
Valable dès le :			
Page :	2 de 2		

Rubrique réservée à SteriLease SA

Date de réception chez SteriLease : \_\_\_\_\_

Visa de la personne qui réceptionne : \_\_\_\_\_

Numéro de réparation : \_\_\_\_\_

Analyse, remarques : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DM reçu décontaminé ?

- Oui
- Non
- Autre: \_\_\_\_\_

Envoyé pour réparation (DM décontaminé)

Date de l'envoi : \_\_\_\_\_

Visa de la personne qui fait l'envoi : \_\_\_\_\_

Facturation

- Au client : Adresse complète du client : \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- À SteriLease SA
- Autre : \_\_\_\_\_

Créé / modifié : NK	Date : 12:19	Libération : NK	Date :
---------------------	--------------	-----------------	--------