BEXAMED®
Medizintechnik rettet Leben

Einweisungsprotokoll

Firma: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Abteilung: _____

BEXAMED GmbH
Siegelsdorfer Str. 15
90768 Fürth

Tel.: +49 (0) 911/ 97 11 98 - 0
Fax: +49 (0) 911/ 97 11 98 - 22

Mail: info@bexamed.de
Web: www.bexamed.de

Gerätebezeichnung:	**Beschreibung:**
Zubehör:	**Seriennummer:**

Beauftrager für Medizinproduktesicherheit:	**Einweisender:**
Unterschrift Geräteverantwortlicher:	**Erstinbetriebnahme erfolgt (Datum + Unterschrift):**

Eingewiesen nach §10, Abs.1, Satz 1, Nr. 2 der MPBetreibV:

Abteilung:	**Name der eingewiesenen Person (in Druckschrift):**	**Datum:**	**Unterschrift Eingewiesene Person:**	**Unterschrift Einweisender:**