OMNIPRAX AG
Technique médicale et fournitures de cabinet

Lindenstrasse 10
CH-6340 Baar

Tél. 056 675 56 56
Fax 056 675 56 99

info@omniprax.ch
www.omniprax.ch

You make the difference

OMNIPRAX
MEDIZINTECHNIK
PRAXISBEDARF
MEDIKAMENTE

Formulaire de décontamination et de réparation

Votre numéro de client : _____

Votre numéro de commande (si disponible) : _____

Adresse de livraison :

Adresse de facturation : ☐ Identique à l'adresse de livraison

Pos.	Quantité	N° d'article	Désignation
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Besoin de remplacement: ◯ Oui ◯ Non Réparation/Service: ◯ 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 soumises

- ☐ 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
_____	_____	_____