Asiakasnumero/Customer number:

Yritys/Company:

Kaupunki/City:

PESU- JA STERILOINTITODISTUS / CERTIFICATE OF DESINFECTION AND STERILIZATION

OLE HYVÄ JA TÄYTÄ ALLA OLEVAT TIEDOT ENNEN KUIN PALAUTAT LÄÄKETIETEELLISIÄ LAITTEITA / PLEASE COMPLETE DETAILS BELOW BEFORE RETURNING MEDICAL DEVICES

PALAUTUKSEN AUKTORISOINTI NUMERO (Berner Oy täyttää)/ RETURN AUTHORIZATION NUMBER (Berner Oy fulfills)	

LISTA PALAUTETTAVISTA LÄÄKETIETEELLISISTÄ LAITTEISTA / LIST OF MEDICAL DEVICES YOUR RETURNING

Tuotekoodi / Product code :	Määrä (kpl)/ Quantity (pieces)

Onko lääketieteellisiä laitteita käytetty? / Have the medical devices been used ? KYLLÄ/YES ☐ EI/NO ☐

Jos vastasit kyllä, täytäthän myös alla olevan osion/ If so, please also review the questions below:

Onko lääketieteelliset laitteet desinfioitu / steriloitu laissasäädettyjen direktiivien mukaisesti? / Are the medical devices disinfected / sterilized according to the legal directives ? KYLLÄ/YES ☐ EI/NO ☐

Onko lääketieteellisiä laitteita käytetty eläinlääketieteessä ja/tai obduktiota varten? / Have the medical devices been used on animals and/or for autopsy purposes ? KYLLÄ/YES ☐ EI/NO ☐

Allekirjoitan ja vakuutan, että palautettavat lääketieteelliset laitteet on desinfioitu ja steriloitu. / I hereby declare and undersign that the returned medical devices have been disinfected and sterilized.

Nimi/Name: Päiväys/Date:

Osasto/Function: Allekirjoitus/Signature:

Tyhjennä lomake/Empty form