

Duomenų apie naudojamą
medicinos priemones (prietaisus) registravimo
ir pateikimo tvarkos aprašo
7 priedas

(Duomenų apie angiografus pateikimo forma)

(įstaigos pavadinimas)

(įstaigos adresas)

(įmonės kodas, telefonas, faksas, el. paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos

DUOMENŲ APIE ANGIOGRAFUS PATEIKIMO FORMA

_____ Nr. _____
(data)

(sudarymo vieta)

1. Duomenys apie medicinos priemonę (prietaisą)

Medicinos priemonės (prietaiso) pavadinimas	Tipas / modelis	Partijos / serijos numeris	Gamintojo pavadinimas	Gamintojo šalies kodas (pvz., LT)	Pagaminimo data	Įsigijimo data	Naudojimo pradžios data	Aprobavimo dokumento Nr.	CE ženklas yra / nėra	Paskelbtosios įstaigos numeris	Naudojimo vieta (pvz., skyrius, kab. Nr.)

2. Techninės medicinos priemonės (prietaiso) charakteristikos:

- 2.1. Tipas:** Mobilus Stacionarus
- 2.2. Injektoriaus tipas:** Automatinis Neautomatinis Be injektoriaus
- 2.3. Naudojimo sritys:** Gydymas Diagnostika

(pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)