

Désignation du dispositif médical (DM) /matériel en prêt :

Document présent :

Listing Instructions de traitement Photo Autre préciser.....

	EXPEDITEUR	DESTINATAIRE
Nom (institution, entreprise)
Service
Personne de contact
Téléphone
N° de fax
Courriel

Date d'expédition	Signature /code identifiant collaborateur
Date de réception	Signature /code identifiant collaborateur
Contrôle de réception	Conforme <input type="checkbox"/> Non-conforme <input type="checkbox"/>
Remarques :	
Date de renvoi	Signature /code identifiant collaborateur
Contrôle de réception	Conforme <input type="checkbox"/> Non-conforme <input type="checkbox"/>
Remarques :	