

## POTVRZENÍ O DEKONTAMINACI

Potvrzujeme, že instrumentárium/produkt\*.....

.....

dodaný společností MEDIN, a.s. byl/byly po použití dekontaminováno následujícím způsobem:

- |                             |                         |
|-----------------------------|-------------------------|
| 1. Dekontaminace            | ano / ne* - prostředek: |
| 2. Mytí strojní             | ano / ne*               |
| 3. Mytí ruční, ultrazvukem* | ano / ne*               |
| 4. Sterilizace              | ano / ne*               |

*\*nehodící se škrtněte*

POZNÁMKA: Po dekontaminaci je preferováno strojní mytí. Je-li použito, není nutná sterilizace. Je-li použito ruční mytí resp. mytí v ultrazvuku, je nutná sterilizace.

Instrumentárium/produkt je připraven k transportu.

ODPOVĚDNÁ OSOBA:

Jméno:

Datum:

Podpis:

Razítko:

Adresa poskytovatele zdravotní péče:

**Za firmu MEDIN, a.s. převzal:**

Jméno:

Datum:

Podpis:

form.OS-645-OBCH\_P16\_R02