MEDI PLAST®

Service / Reklamation

KUND	
Datum:	Klinik:
Kontaktperson:	
Adress, postnr & ort:	
Telefon & fax:	

PRODUKT	
Produktnamn:	R.Test / Decotest / Diasys / Vista
Serienr:	

TYP AV FEL		
Beskrivning:		
Mediplast AB		
Indatum:	*Kontrolldatum:*	*Signatur:*
Status:		
Skickad service datum:		Låneenhet nr:
Returnerad till kund:		Returneras Mediplast före:
Åtgärd:	❑ Byte av lithiumbatteri ❑ Byte av RS-kontakt ❑ Byte av frontpanel ❑ Uppgraderad mjukvara ❑ Uppgraderad ❑ Byte av elektronisk komponent ❑ Ej reparerbar	❑ Byte av batterilucka/batt.kontakt ❑ Byte av elektroniskt bräde ❑ Uppgradering RS-kontakt (-B) ❑ Byte av hölje ❑ Annat: ❑ Kalibrerad och godkänd efter service ❑ Signatur:

Leveransadress:	Fakturaadress:
Kontaktperson:	Referensnummer / id:
Telefonnr:	
Ert best. nr	Best. datum:

Mediplast AB: +46 40 671 23 00
Faxas till +46 40 671 23 10 eller skickas till Mediplast AB, Kantyxegatan 29, 213 76 Malmö