

GERÄTE ÜBERNAHME PROTOKOLL ZU BESTELL-NR.:

Klinik/ Station:	Kostenstelle:
Lieferobjekt:	
Rechnungsadresse: Tirol Kliniken GmbH, Finanzbuchhaltung, Anichstr. 35, 6020 Innsbruck	

1. Von der Lieferfirma auszufüllen!

Hersteller: _____	Gerätetyp: _____
Geräte- Ser.Nr.: _____	Baujahr: _____
<input type="checkbox"/> Bedienungsanleitung in deutscher Sprache	<input type="checkbox"/> Servicemanual mit Ersatzteilliste und Schaltplänen
<input type="checkbox"/> CE-Zertifizierung/Konformitätserklärung	<input type="checkbox"/> Wartungsunterlagen
<input type="checkbox"/> Andere Prüfzeugnisse (STK, MTK etc.) _____	<input type="checkbox"/> Servicesoftware
<input type="checkbox"/> Garantie vom ___ / ___ / ___ bis ___ / ___ / ___	Lieferdatum am ___ / ___ / ___
<input type="checkbox"/> Personal eingeschult	
<input type="checkbox"/> Einbindung in das IT-Netz der tirol kliniken	

Der Lieferant bestätigt mit seiner Unterschrift:

Geräte/Anlagen wurden gemäß Herstellervorgaben fachgerecht aufgestellt und in Betrieb genommen.

Alle für die Inbetriebnahme erforderlichen Überprüfungen, Messungen, STK, MTK, etc. wurden durchgeführt und die gelieferten Geräte entsprechen den gesetzlichen Sicherheitsvorschriften.

_____, am ___ / ___ / _____ Lieferant

Eine Woche vor Lieferung ist der ZML-Übernahmekoordination (Tel.:+43 512 504 23200, e-mail: lki.geraete-uebernahme@tirol-kliniken.at) der Übernahmetermin bekanntzugeben. Der Übernahmetermin ist vom Auftragnehmer mit dem Nutzer zu vereinbaren und der ZML-Übernahmekoordination zu melden. Der Rechnungslauf beginnt ab vollständiger Übernahme.

2. Von der zuständigen Station auszufüllen!

Vollständigkeit der Lieferung (Umfang, Verbrauchsmaterial, Ersatzteile, Bedienungsanleitung in deutscher Sprache lt. Lieferschein)

Erfolgreiche Funktionsprüfung, das Gerät kann von dieser Sicht her in Betrieb gehen

Einweisung / Schulung gem. MPBV

AnsprechpartnerIn: _____ (Tel. _____) für Pflege und Wartung eingeschult (in Blockbuchstaben ausfüllen)

Raum-Nr.: _____

Mängel, Restlieferung, Sonstiges _____

Innsbruck, am ___ / ___ / _____ Unterschrift ÜbernehmerIn: _____

3. Von der Medizintechnik auszufüllen!

Übernahme: _____, Telefon _____

Die Abnahme bedingt die Erfüllung folgender Leistungen: _____

Mängel: _____ bis (Termin): ___ / ___ / _____

Vollständigkeit der Lieferung

Equipment Nr.: _____ angebracht durch: _____

Innsbruck, am ___ / ___ / _____ Fachbereich _____ ProjektleiterIn _____ Rechnungsfreigabe _____