Underhållsprotokoll för Afinion Patientnära analyser - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg

År: ..... **MTA-/Serienummer** ..... **Skriv datum och signatur i rutan**

Rengöring av:	**Januari**	**Februari**	**Mars**	**April**	**Maj**	**Juni**	**Juli**	**Augusti**	**September**	**Oktober**	**November**	**December**
Kassettkammare												
Pekskärm												
Utsida av instr.												

År: ..... **MTA-/Serienummer** ..... **Skriv datum och signatur i rutan**

Rengöring av:	**Januari**	**Februari**	**Mars**	**April**	**Maj**	**Juni**	**Juli**	**Augusti**	**September**	**Oktober**	**November**	**December**
Kassettkammare												
Pekskärm												
Utsida av instr.												