

Felanmälan PNA-instrument - Laboratoriemedicin

Instrumentmodell _____ Analyt _____

Serienummer _____ Kontaktperson _____

Från avdelning/HC _____

Kostnadsställe _____ Tel/Mail _____

Felorsak: _____

Låneinstrument behövs Ja Nej**Nedan ifylls av Lab** _____

Om ja, serienummer på utlåningsinstrument _____

Åtgärder/Felsökning (Lab): _____

Instrument returnerat till leverantör för åtgärd **Datum** _____**Signatur** _____Instrument åter från leverantör **Datum** _____**Sign** _____**Åtgärder/Felsökning/Kommentar (leverantör):** _____

Dokumentnamn: Felanmälan PNA-instrument - Laboratoriemedicin

Dokument ID: 09-279091

Revisionsnr: 3

Godkännande av instrument

Funktionskontroll av instrument OK

 Ja Nej

Kontroller analyserade OK

 Ja Nej**Kommentar:**

Godkänt för ibruktagande

Datum:

Signatur:
