SIGNATURE DU/DES PARTICIPANT À LA MISE EN SERVICE :

ETABLISSEMENT : _____ **DATE DE MISE EN SERVICE :** _____

Adresse : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Nom du contact : _____ Téléphone : _____ E-mail : _____

Equipement/série: _____

_____

HND utilisé : _____

☐ **PREMIÈRE MISE EN SERVICE** ☐ **SUIVI POST MISE EN SERVICE**

NOM	TITRE	SIGNATURE

Certifie que la mise en service a été effectuée à notre entière satisfaction.

Représentant de l'établissement _____ _____ Titre : _____
(Nom en caractères d'imprimerie) (Signature)

Nom du fournisseur effectuant la mise en service : _____ _____ Date : _____
(Nom en caractères d'imprimerie) (Signature)

Ce guide, ce formulaire, cette liste de vérification ou cette procédure MEDIVATORS sont conçus pour une utilisation uniquement en tant qu'outil de formation de la clientèle et n'ont pas pour vocation de remplacer ou de modifier, de quelque façon que ce soit, les manuels d'utilisation et d'entretien MEDIVATORS. La formation de MEDIVATORS ne constitue pas une certification du personnel de l'établissement bien qu'elle puisse être utilisée en appui d'un programme de compétence générale d'un centre de traitement. MEDIVATORS ne pourra en aucun cas être tenu pour responsable de la bonne exécution des protocoles de retraitement de dispositifs endoscopiques d'un centre de traitement ou de la capacité d'un centre de traitement à rester à jour et en conformité avec les évolutions des supports pédagogiques et des formations correspondantes. Les propriétaires de centres de traitement et les exploitants d'équipements MEDIVATORS sont pleinement responsables du respect des normes de l'industrie et des instructions d'utilisation du fabricant.

© 2016 Medivators Inc. Tous droits réservés. 50092-519-FR REV M

MEDIVATORS
A Cantel Medical Company