

**FICHE DE RECEPTION DES DISPOSITIFS MEDICAUX**

|  |  |
| --- | --- |
| Fournisseur : |  |
| DM livré : |  |
| Nombre de colis ou Nombre du DM : |  |
| Etat physique du DM |  |
| Etat des colis : |  |
| Conformité des accessoires : | Conforme  | non conforme |
| Consommables fournie : | - |
| Kits de maintenance fournie | Réf : |
| Documents fournie | - Notices d’instruction et d’utilisation (NIU) - Documents techniques- Documents réglementaires - Numéro de marquage CE |
| Date de début de garantie : |  |
| Date de fin de garantie : |  |
| Conformité a la bon de commande : |  |

**Date et Signature :** Service biomédical fournisseur service utilisateur