

**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