

Duomenų apie naudojamus
medicinos prietaisus registravimo
ir pateikimo tvarkos aprašo
2 priedas

(Duomenų apie neimplantuojamuosius ir *in vitro* diagnostikos medicinos prietaisus pateikimo forma)

(įstaigos pavadinimas)

(įstaigos adresas)

(įmonės kodas, telefonas, faksas, el. paštas)

Valstybinei akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai tarnybai prie
Sveikatos apsaugos ministerijos

**DUOMENŲ APIE NEIMPLANTUOJAMUOSIUS IR *IN VITRO* DIAGNOSTIKOS MEDICINOS PRIETAISUS PATEIKIMO
FORMA**

(data) Nr. _____

(sudarymo vieta)

Medicinos prietaiso pavadinimas	Tipas/ modelis	Partijos/ serijos numeris	Gamintojo pavadinimas	Gamintojo šalies kodas (pvz., LT)	Pagaminimo data	Įsigijimo data	Naudojimo pradžios data	Aproba- vimo doku- mento Nr.	CE ženklas yra/nėra	Paskelb- tosios įstaigos numeris	Naudojimo vieta (pvz., skyrius, kab. Nr.)

(pareigų pavadinimas)

(parašas)

(vardas ir pavardė)