INGENIEUR REFERENT : TECHNICIEN :

ORIGINE DU PRET

* Matériel de démonstration / Essais
* Matériel de prêt pendant une réparation
* Matériel de prêt avant livraison
* MAD
* Autres
* DUREE DU PRET/ ESSAIS / MAD\* **Si MAD communiquer le N° de marché :**

Du………/……/………… au ………/……/………….

SERVICE DESTINATAIRE DU PRET/ESSAIS/MAD :Personne référente du service lors du prêt : MME/MR…………………….

IDENTIFICATION DU DISPOSITIF MEDICAL

Désignation : ………………………………….

Marque :…………………………………………..Modèle :………………………………………………………………………….

N°de série………………………………..………..N°marquage CE (joindre le certificat) :…………………………………...

Classe du Marquage CE (I, IIa, IIb…)……………………

Date expiration marquage CE : ………/… /……………

**DATE DE VALIDITE DE MAINTENANCE PREVENTIVE DU DISPOSITIF MEDICAL PRETE …./…./20..**

**Si non fourni, le prêt n’est pas réalisable**

Accessoires :

-………………………………………………………………………………………………………………………

-………………………………………………………………………………………………………………………

CONSOMMABLES DU DISPOSITIF MEDICAL

- Mis à disposition à titre gracieux : oui – non si oui nombre :…………………………………………

- A titre payant (*remplir tableau ci-dessous*)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Quantité | Désignation | Prix unitaire €HT | Prix total €HT |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

CONSIGNES DE SECURITE / UTILISATION / INSTALLATIONS SPECIFIQUES

-………………………………………………………………………………………………………………………

**FORMATION AVANT MISE EN SERVICE ASSUREE :** OUI – NON

IDENTIFICATION DE LA SOCIETE :

Adresse complète : ……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………….

Personne à contacter :

Nom et Prénom :………………………………………………….…Téléphone :……………………………………………………

Portable :……………………………………………………………...Téléphone SAV : ……………………………………………..

« le matériel reste sous la responsabilité de l’exécution de la maintenance préventive et corrective pendant toute la durée du prêt, essais et MAD ainsi que de la logistique d’acheminement et de retour »

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SIGNATURE de la société** | **Signature Service** | **Signature Société à la reprise du dispositif médical** |
| NOM : | NOM : | NOM : |
| QUALITE : |  | Date :  Signature |
| Le : |  |
| Signature Lu et approuvé |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | PRÊT/ESSAI |  |  |  |
| |  | | --- | | A compléter par la société : | | **DATE** | **HORAIRE** | **LIEUX** | **COORDONNEES DU CORRESPONDANT SOCIETE** | **COORDONNEES DU CORRESPONDANT CHD** |
| LIVRAISON |  |  |  |  |  |
|  |
| INSTALLATION ET MISE EN SERVICE |  |  |  |  |  |  |
|  |
| REPRISE DU MATERIEL ET PREPARATION POUR LE TRANSPORT RETOUR |  |  |  |  |  |  |
| PASSAGE DU TRANSPORTEUR POUR LA REPRISE DU MATERIEL |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | INSTALLATION |  |  |  |  |
| |  | | --- | | A compléter par la société : | | **DATE** | **HORAIRE** | **LIEUX** | **COORDONNEES DU CORRESPONDANT SOCIETE** | **COORDONNEES DU CORRESPONDANT CHD** |  |
| LIVRAISON |  |  |  |  |  |  |
|  |
| INSTALLATION ET MISE EN SERVICE |  |  |  |  |  |  |
|  |