



Groupement Hospitalier **xxx**  
Hôpital **xxxxxxx**

N° d'Intervention <b>xxxxxxx</b>	DEMANDE D'INTERVENTION Du : <b>xx/xx/xxxx</b>	N°Commande <b>BHFxxxxxxx</b>
-------------------------------------	--	---------------------------------

**Service des Techniques Biomédicales**

Tél **xx.xx.xx.xx.xx** Fax **xx.xx.xx.xx.xx**  
EMail **xxxxx.xxxxx@chu-lyon.fr**

**Adresse de Livraison**

HOSPICES CIVILS DE LYON  
**xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**

**Prestataire**

**18985 PRESTATAIRE**

**Adresse prestataire**

Tél :  
Fax :  
Contact :

**Identification de l'équipement**

Service  
Ensemble fonctionnel  
Equipement N°  
Marque / Modèle  
N°série / N°système  
Garantie :  
Contrat

Installation  
Contrat N°

Fin de garantie :  
Type :  
Engagé :

Dernière Corrective :

Dernière Préventive :

**Description de la demande**

Demandeur : **nom demandeur** tel : **tel demandeur**  
Demande : **motif de l'appel**

**Commentaires**

**Intervention**

Status : Type : Cadre :  
Date / Heure Début : / Date / Heure Fin : /

**Adresse de Facturation**

HCL-CSP Factures Fournisseurs  
SGL**xx**  
5 place d'ARSONVAL – CS 43972  
69508 Lyon cedex 03

Le Sce des Techniques Biomédicales: