

Beställningsedel

Anvisning och förklaring för specialanpassad medicinteknisk produkt enligt LVFS
2003:11 - unik för patienten nedan
Specifikationsidentifiering av produkten, vg se följesedel

TORBJÖRNS TEAM KB

Post/fakturaadress: Verkstadsvägen 10 | 137 37 VÄSTERHANINGE

Besöksadress: Armfeltsgatan 26 | 115 35 STOCKHOLM

Tel: 08-500 116 11 | E-post: info@torbjornsteam.se | Hemsida: www.torbjornsteam.se

Org.nr. 969730-3239 | Godkänd för F-skatt | Medlem i SvTF

Beställare	Beställningsdag
------------	-----------------

Patient	Personnummer
---------	--------------

Provning
Dag
Dat /
Tid

Provning
Dag
Dat /
Tid

Provning
Dag
Dat /
Tid

Färdigt
Dag
Dat /
Tid

Arbetet är desinficerat

Konstruktion- och materialanvisning

Färg

.....
Beställarens signatur (Skall alltid ifyllas)

Väsentliga krav som inte efterlevs och orsak till detta

Torbjörns Team KB intygar härmed att produkten överensstämmer med de väsentliga kraven i bilaga 1, LVFS 2003:11

.....
Legal tillverkares signatur (Skall alltid ifyllas)