

Kalibrierauftrag

Bestellung

Nachname, Vorname		Kunden-Nr.	
Firma / Universität / Klinik Institut		Ihre Bestell-Nr.	
Straße / Hausnummer		Geräte liegen zur Abholung bereit in der Abteilung	
PLZ / Ort		Gebäude / Etage / Raum	
Telefon	Fax	E-Mail	

Hiermit bestellen wir die Kalibrierung und/oder Reparatur folgender Geräte:

Kalibrierverfahren	Kostenpflichtige Eingangskontrolle	Kalibrierintervall
<input type="checkbox"/> Quick-check (4 Pkt-Messung)	<input type="checkbox"/> Zusatzzertifikat über den Ist-Zustand vor der Wartung	<input type="checkbox"/> 12 Monate
<input type="checkbox"/> Standard (10 Pkt-Messung)		<input type="checkbox"/> 6 Monate
<input type="checkbox"/> DAkKS		<input type="checkbox"/> Kundenvorgabe
<input type="checkbox"/> Austausch bei irreparabilem Gerät oder unwirtschaftlichem Reparaturaufwand		

Pos	Gerät	Anzahl	Bemerkung
1	Einkanalpipette		
2	Mehrkanalpipette		
3	Dispenser		
4	Pipettierhilfe		
5			
6			
7			

Bitte beachten Sie:

Ohne eine vollständig ausgefüllte Dekontaminationbescheinigung ist eine Bearbeitung Ihres Kalibrierauftrags nicht möglich. Um Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, Ihrer Sendung immer eine Dekontaminationbescheinigung beizulegen.

Firma, Abteilung

Ort, Datum

Unterschrift der autorisierten Person