

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:

Stellen Sie die Pipetten zeitnah zur Abholung bereit. Diese kann bereits am nächsten Werktag erfolgen.
 Ohne eine vollständig ausgefüllte Dekontaminationsbescheinigung ist eine Bearbeitung Ihres Kalibrierauftrags nicht möglich. Um Verzögerungen zu vermeiden, bitten wir Sie, Ihrer Sendung immer eine Dekontaminationsbescheinigung beizulegen.

 Firma, Abteilung

 Ort, Datum

 Unterschrift der autorisierten Person