



Asiakasnumero/Customer number:

Yritys/Company:

Kaupunki/City:

PESU- JA STERILOINTITODISTUS / CERTIFICATE OF DESINFECTATION AND STERILIZATION

OLE HYVÄ JA TÄYTÄ ALLA OLEVAT TIEDOT ENNEN KUIN PALAUTAT LÄÄKETIETEELLISIÄ LAITTEITA / PLEASE COMPLETE DETAILS BELOW BEFORE RETURNING MEDICAL DEVICES

**PALAUTUKSEN AUKTORISOINTI NUMERO (Berner Oy täyttää)/
RETURN AUTHORIZATION NUMBER (Berner Oy fulfills)**

LISTA PALAUTETTAVISTA LÄÄKETIETEELLISISTÄ LAITTEISTA / LIST OF MEDICAL DEVICES YOUR RETURNING

Tuotekoodi / Product code :	Määrä (kpl)/ Quantity (pieces)

**Onko lääketieteellisiä laitteita käytetty? / Have the
medical devices been used ?**

KYLLÄ/YES

EI/NO

Jos vastasit kyllä, täytähän myös alla olevan osion/ If so, please also review the questions below:

**Onko lääketieteelliset laitteet desinfioitu / steriloitu laissasäädettyjen
direktiivien mukaisesti? / Are the medical devices disinfected /
sterilized according to the legal directives ?**

KYLLÄ/YES

EI/NO

**Onko lääketieteellisiä laitteita käytetty eläinlääketieteessä ja/tai
obduktiota varten? / Have the medical devices been used on animals
and/or for autopsy purposes ?**

KYLLÄ/YES

EI/NO

**Allekirjoitan ja vakuutan, että palautettavat lääketieteelliset laitteet on desinfioitu ja steriloitu. /
I hereby declare and undersign that the returned medical devices have been disinfected and
sterilized.**

Nimi/Name:

Päiväys/Date:

Osasto/Function:

Allekirjoitus/Signature:



020 690 761 / pro.huolto@berner.fi