**Mise en service**

Présence du fournisseur :  Oui  Non

Essai du matériel effectué :  Oui  Non

Anomalies constatées :  Oui  Non

Si oui, description de l’anomalie : …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………

N.B : Toute anomalie constatée entraine le rapport de la mise en service.

**Validation de la mise en service**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Service de soins | Service biomédical | Fournisseur |
| Nom |  |  |  |
| Fonction |  |  |  |
| Signature |  |  |  |

Enregistrement dans la GMAO : Fait-le …. / …. / ……