**Identité de l’appareil**

Service destinataire : …………………………………………………..

Fournisseur : ……………………………………………………………….

Fabricant : …………………………………………………………………..

Type d’appareil : …………………………………………………………

Désignation : ………………………………………………………………

N° de série : ……………………………………………………………….

Classe médical :

* A
* B-1
* B-2
* C

**Réception**

Date de réception : …. / …. / …..

Motif de réception :

* Achat
* Mise à disposition
* Autre …………………………………………

Aspect du (des) colis :

* Bon état
* Endommagé(s)

Admission :

* Colis accepté(s)
* Colis refusé(s)

Nom du réceptionnaire : …………………………

**Vérification documentaire**

Présence du manuel d’utilisation en français :  Oui  Non

Présence du protocole d’entretien et de maintenance :  Oui  Non

Présence du marquage CE (Dispositif Médical) :  Oui  Non

Présence de marquage CE (CEM) :  Oui  Non

Maintenance préconisé : Périodicité : …………..  Oui  Non

Signature du Réceptionniste Signature du Livreur