**Demande de réforme**

Date : …. / …. / ……

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

Motif de demande :

* Non-conformité aux textes
* Appareil irréparable
* Réparation trop couteuse
* Inutilisable
* Autre …………………………………………………………………………………………………...............

**Identification du Dispositif Médical**

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

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

Désignation : ………………………………………………………………………………………………………………..

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

Destination :

* Coopération
* Pièces détachées
* Destruction
* Autre ……………………………………………………………………………………………………………….

**Enregistrement dans la GMAO**

Date de saisie dans la GMAO : …. / …. / ……

Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………

Signature du chef de service