

Niederlassung Nordwalde

Tel.: 02505-691
Fax: 02573 69795-9917

Niederlassung Berlin

Tel.: 030 667915-0
Fax: 02573 69795-9917

Liebes Praxisteam,

um Ihnen ein aussagekräftiges Serviceangebot erstellen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe.

Bitte ermitteln Sie den Gerätebestand in Ihrer Praxis und tragen Sie die Daten in die unten aufgeführten Tabellen ein. Wichtig hierbei ist, dass Sie alle ortsveränderlichen Geräte erfassen, angefangen bei Ihren Behandlungs- und Arbeitsplätzen (Rechner, US, Inkubator, Kühlschrank, ..., Monitor, Drucker, Mehrfachsteckdosen, etc.), bis hin zum Kücheninventar, wie Kaffeemaschinen, Wasserkocher, etc.

- Tabelle 1 dient der Erfassung Ihres medizintechnischen Gerätebestands,
- Tabelle 2 der Erfassung des prüfungspflichtigen Geräteparks ohne Medizinproduktstatus und in
- Tabelle 3 haben Sie außerdem die Möglichkeit, defekte Geräte, die repariert oder entsorgt werden sollen, zu listen, bzw. Ihren Bedarf für neue / zusätzliche Geräte zu formulieren. Schließlich prüfen, warten und reparieren wir nicht nur, sondern sind für die meisten Hersteller, durch deren technischen Support wir qualifiziert wurden, auch zertifizierter Vertriebspartner.

Bitte e-mailen oder faxen Sie uns die ausgefüllten Tabellen zu (alternativ/zusätzlich eine Kopie der Übersichtsseiten Ihres Medizingerätebuchs). Natürlich können wir auch gerne einen persönlichen Termin vereinbaren, bei dem wir Einsicht in Ihr Gerätehandbuch nehmen und den Bestand für Sie erfassen.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe. Wir freuen uns, Ihnen dann zeitnah ein kompetitives Angebot unterbreiten zu können und Sie als Praxispartner zu gewinnen.

Bei Rückfragen erreichen Sie unsere Kollegen in der Niederlassung Nordwalde oder Berlin.

Ihr Team von AUROSAN

Tabelle 1 - Medizintechnische Geräte (Prüfung nach DGUV Vorschrift 3 und ggf. STK u./o. MTK gemäß MPBetreibV Anlage 1, 2)

Geräteart	Hersteller	Gerätetyp & SN	Letzte Prüfung
Bsp. RR-Geräte analog	Boso	TN 2350, SN 12345	12 / 2021
RR-Geräte analog			
RR-Geräte elektronisch			

Kundennummer: _____

Bitte per Fax an **02573 69795-9917**
 oder per E-Mail an **service@aurosan.de**

Datum, Stempel, Unterschrift

**Tabelle 2 - Elektrische Geräte ohne Medizinproduktstatus
(Prüfung nach DGUV Vorschrift 3)**

Geräteart (alle ortsveränderlichen Geräte)	Anzahl	Gerätetyp
Bsp. Kaffeemaschinen	2	Miele, Segafredo

Kundennummer: _____

Bitte per Fax an **02573 69795-9917**
oder per E-Mail an **service@aurosan.de**

Datum, Stempel, Unterschrift

Tabelle 3 - Defekte Geräte / notwendige Reparaturen / Investitionsbedarf

	Geräteart	Hersteller	Gerätetyp	Fehler
Bsp.	Zentrifuge	Hettich	EBA 280	Rotor klemmt

Für folgende Gerätetypen suche ich Ersatz bitte um ein Neugeräteangebot:

Kundennummer: _____

Bitte per Fax an **02573 69795-9917**

oder per E-Mail an **service@aurosan.de**

Datum, Stempel, Unterschrift