EKERÖ KOMMUN

Bilaga 6:3
LSS
2017-07-04

Socialkontoret
Annicka Pantzar
Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Inventering och kontroll

Grupp 3 Individuellt utprovade hjälpmedel

Enhet_____

Avdelning_____

Produkt_____

Inventarienummer

Fabrikat _____ Serienr_____

Inköpsår_____Garanti_____

Serviceavtal/ Firma _____

Kontroll/ underhållsåtgärder/ kassation

Datum	Kommentar	Signatur
----------	----------	----------
----------	----------	----------
----------	----------	----------
----------	----------	----------
----------	----------	----------
----------	----------	----------
----------	----------	----------