



**ZAKRES POJEDYNCZEGO
BADANIA**
Centralne Laboratorium Aparatury Medycznej
CELAMED Sp. z o.o.

Zamówienie nr:

Nr zakresu*:

ZAKRES BADANIA

Nazwa badania:

METODA BADAŃ

Numer normy (numer instrukcji badawczej):

WYMAGANIA OGÓLNE

WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE

	WYMAGANIA OGÓLNE	WYMAGANIA SZCZEGÓŁOWE
numer normy		
punkty normy		

WYMAGANIA DODATKOWE

Tryb pracy wyrobu podczas badań

Kryterium oceny:

Opis dopuszczalnych/niedopuszczalnych zachowań wyrobu w czasie badań:

Instrukcja obsługi:

Inna dokumentacja uzgodniona z wykonawcą:

OPRACOWAŁ:

data / podpis

*kolejny nr badania tego samego urządzenia w ramach tego samego zamówienia (kolejny zakres badań)