CELAMED	ZAKRES WZORCOWANIA SPRAWDZENIA **Centralne Laboratorium Aparatury Medycznej CELAMED Sp. z o.o.**	*Nr zamówienia:* *Nr zakresu*:*

TYP PRZYRZĄDU:			**ID/NUMER FABRYCZNY:**	
DODATKOWE WYMAGANIA:			**PUNKTY WZORCOWANIA/ZAKRES SPRAWDZENIA WEDŁUG:**	
		KLIENTA ☐	**WYKONAWCY** ☐	**PRODUCENTA** ☐

wielkość fizyczna [parametr]	**jednostka**	**zakres**	**punkt wzorcowania**	**uwagi**

opracował: *podpis / data*	*Uwagi:*

**kolejny numer przyrządu pomiarowego wzorowanego w ramach tego samego zamówienia*

PL-4.7.1_4_I