CELAMED	ZAKRES WZORCOWANIA SPRAWDZENIA **CELAMED** **Centralne Laboratorium Aparatury Medycznej** **Aspel S.A.**	*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*