


## Hyra av undertryckspump "Renasy's Touch"

Inventarienummer:	Hyrtid
.....(5-siffrigt nr)	
Personnummer patient: _____ Namn: _____ Adress: _____ Postadress: _____ Telefonnr: _____ Mobil: _____	Har varit uthyrd from:  Startdatum:.....  Hyrd tom:  Stoppdatum:.....  
Övriga uppgifter:	
Ordinator: _____ Avd: _____ Klinik: _____ Sjukhus: _____	
<p>OBS! Vid lån/hyra måste MT i Växjö/Ljungby meddelas!            Viktigt att meddela startdatum och stoppdatum!            MT Växjö 0470-58 76 20, 58 70 05, 076-720 76 68            MT Ljungby 0372-58 55 44, 58 55 46</p> <p>Datum: _____ Underskrift: _____ Avd: _____</p>	
Återlämnad pump:	
Inventarie nr: _____  Vid trasig pump, beskriv felet: _____ _____	