

## Fiche renseignements pipettes

Date :

### COORDONNÉES CLIENT

Société : N° de client :

Adresse : Laboratoire :

Code postal : Ville :

Contact :

Téléphone : Mail :

### PIPETTE(S) CONCERNÉE(S)

Marque(s) :

Modèle(s) :

N° série(s) :

Avez-vous besoin d'un devis avant facturation ? Oui Non

### SERVICE DESIRÉ

Si aucun type de service n'est demandé, un service standard / basique sera effectué.

Type de service	Descriptif prestation <i>Cocher le service désiré</i>	
Check-up	Contrôle de l'instrument et vérification des volumes, <b>3x 5 mesures</b> avec certificat.	
Standard / Basic	Réparation*, entretien, contrôle et calibration, <b>2x 4 mesures</b> avec certificat.	
Classic	Réparation*, nettoyage, entretien, contrôle et calibration, <b>2x 10 mesures</b> avec certificat détaillé.	
Premium	Réparation*, nettoyage, entretien, contrôle et calibration, <b>3x 10 mesures</b> avec certificat détaillé.	
Advanced	Contrôle d'entrée, <b>2x 10 mesures</b> avec certificat détaillé avant entretien "en l'état". Ensuite, réparation*, nettoyage, entretien et calibration, <b>2x 10 mesures avec certificat détaillé.</b>	
Ultra	Contrôle d'entrée, <b>3x 10 mesures</b> avec certificat détaillé avant entretien "en l'état". Ensuite, réparation*, nettoyage, entretien et calibration, <b>3x 10 mesures avec certificat détaillé.</b>	
SCS	Mêmes prestations que ci-dessus, avec calibration selon la norme <b>ISO 17025</b> et <b>certificat accrédité SCS.</b>	

*\*hors pièces détachées, facturées en supplément*

### RÉPARATION NÉCESSAIRE ?

Décrire le problème rencontré :

Pipette sous garantie : Oui Non

### DOSSIER INTERNE SAV MILIAN

N° de dossier :

Page 1 sur 2

## Attestation de non-contamination

Afin de protéger nos collaborateurs, aucune réparation, maintenance, retour ou étalonnage n'est possible sans cette attestation de non-contamination dûment remplie et signée par une personne autorisée.

Nous nous réservons le droit de refuser votre retour ou de procéder à la décontamination de l'instrument à vos frais.

Substances utilisées :	Oui	Non	Si oui, merci de préciser :
Sang, fluides corporels, échantillons pathologiques			
Substances infectieuses ou biochimique			
Déchets médicaux contrôlés			
Substances chimiques nocives ou dangereuses			
Substances radioactives			
Autres substances dangereuses ou toxiques			

Veuillez indiquer la méthode de décontamination utilisée :

Par ma signature, je déclare que les informations ci-dessus sont complètes, exactes et certifie que l'instrument nécessitant une intervention est exempt de tout danger. Il ne présente aucun risque biologique, chimique ou radioactif.

Société :

Date :

Nom :

Titre :

Signature :