



HOLTER CİHAZI TESLİM FORMU

Doküman No	POL.FR.19
Yayın Tarihi	10.12.2018
Rev. No	00
Rev. Tarihi	
Sayfa No	1/1

..... seri numaralı Holter cihazını 24 – 48 saat süreyle kullanmak üzere teslim aldım./...../20..... tarihinde aldığım gibi tüm parçalarıyla birlikte ve hasarsız olarak geri getireceğimi ve teslim edeceğimi taahhüt ederim.

Holter cihazını teslim eden hemşire	Adı Soyadı:..... İmza:
Holter Cihazını Teslim Alan hasta	Adı Soyadı:..... İmza: Adres:..... Telefon:.....