

# FORMULÁRIO PARA CALIBRAÇÃO DA BALANÇA MEDICINAL

AP1656597 - AP1656598 - AP60121103 - AP60121113



Estimado cliente,

Acusamos receção do pedido de uma balança medicinal Classe III. Esta balança medicinal precisa de ser calibrada de acordo com o local onde vai ser utilizada. Por este motivo e para preencher a declaração de conformidade, aguardamos a devolução deste formulário preenchido para o nosso serviço a clientes.



## *Contacto Representante Invacare*

Código cliente:

Nome:

Número da encomenda:

Morada:

Código postal:

Cidade:

Contacto telefónico:

## *Local onde vai ser utilizada a balança medicinal*

Nome do utilizador/Entidade Final:

Morada:

Código Postal:

Cidade\*:

País\*:

\*Campo de preenchimento obrigatório

Melhores Cumprimentos,

Invacare Portugal