

TERMO DE ENTREGA DE APARELHO NOVO DE GLICEMIA

Declaro para dos devidos fins, que eu

_____,
CPF: _____, profissão _____,

responsável pelo setor da _____ do Hospital do Centro,

estou recebendo do setor do almoxarifado um novo aparelho de glicemia da marca ACCU-CHEK

Guide Me – Roche. O motivo pelo qual se faz necessário um novo aparelho é devido

_____.

_____.

Devolução do aparelho antigo/ com defeito: () sim () não

Número de série do aparelho devolvido: _____

Número de série do aparelho novo: _____

Campo Largo, _____ de _____, de 20____.

Responsável pela Entrega

Almoxarifado

Responsável pelo Recebimento