

Client : \_\_\_\_\_

**ARRIVAGE**

Fournisseur : .....

Type de matériel et référence : .....

.....

Date souhaitée pour la livraison du matériel stérile: .....

Date de l'intervention : ..... par le Dr : .....

Date et

signature de l'instrumentiste:

--	--

**RETOUR DU MATERIEL**

Date de retour souhaitée : .....

Traitement demandé :

- Lavage + désinfection
- Stérilisation 134°C 18 min.
- Joindre les fiches de validation de charge stérilisation
- Spécifique : .....
- .....

Adresse de retour :

- Enveloppe affranchie incluse
- Adresse annexée
- Adresse de retour : .....
- .....
- .....

Date et

signature de l'instrumentiste:

--	--