

Rückantwort zur Prüfung elektrischer Geräte gemäß gesetzlicher Vorgaben

Fax an: 02203 9778821 oder per E-Mail an: gvp@haev.de

	Ja, bitte erstellen Sie mir ein individuelles Angebot für die Prüfung meiner Medizingeräte:	Anzahl Geräte
☐	Blutdruckmessgerät	
☐	Langzeitblutdruckmessgerät	
☐	Lungenfunktionsgerät	
☐	EKG	
☐	Medizinische Kleingeräte (z. B. Zentrifuge, Mikroskop, etc.)	
☐	Ultraschallgerät	
☐	Defibrillator	
☐	Reizstromgerät	
☐	Ergometer	
☐	Weitere Geräte gerne auf Anfrage	

Ja, bitte erstellen Sie mir ein individuelles Angebot für die Prüfung meiner elektrischen Geräte nach DGUV V3:

- | | |
|--|---|
| ☐ bis 35 Geräte | ☐ bis 125 Geräte |
| ☐ bis 75 Geräte | ☐ ab 126 Geräte |

Alle Prüfungen inklusive: Terminierung Prüfablauf, Prüfung mit Spezialgeräten, Kennzeichnung der Geräte mit Barcode/Plakette, Auswertung und Erstellung eines Prüfberichtes, Dokumentation und Archivierung gemäß Betriebssicherheitsverordnung, DGUV und ISO.

☐ Ja, ich interessiere mich für die Betreuung nach DGUV V2 durch eine externe Fachkraft für Arbeitssicherheit. Bitte erstellen Sie mir ein individuelles Angebot

Anzahl Praxismitarbeiter: ☐ 1 - 5 ☐ 6 - 10

Bitte unbedingt Ansprechpartner in der Praxis benennen:

Nachname:

Vorname:

Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort):

E-Mail:

Ich bin damit einverstanden, dass die GVP Gesellschaft für Versorgung und Praxis mbH im Hausärztinnen- und Hausärzterverband meine angegebenen Daten zur Überprüfung meiner Mitgliedschaft im Hausärztinnen- und Hausärzterverband nutzt. Die GVP leitet im Anschluss meinen Angebotswunsch und die zur Auftragserfüllung erforderlichen Daten an die BAU Medizintechnik weiter. Darüber hinaus erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die GVP mir unter Nutzung der hiermit überlassenen E-Mail-Adresse weitere interessante Informationen zusendet. Ich kann dieser Nutzung und Zusendung ohne Angabe von Gründen jederzeit per E-Mail an gvp@haev.de widersprechen.

Datum, Ort:

Unterschrift: