

# Zgoda na wypożyczenie urządzenia do pomiaru ciśnienia krwi

Umowa wypożyczenia i zwrotu urządzenia do pomiaru Pana/Pani ciśnienia krwi.



## Dla personelu gabinetu

### Informacje o wypożyczającym

\_\_\_\_\_  
Nazwa organizacji

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu

### Informacje o urządzeniu

\_\_\_\_\_  
Producent i model urządzenia

\_\_\_\_\_  
Nr Identyfikacyjny urządzenia

### Elementy zestawu: (zaznaczyć wszystkie pasujące odpowiedzi)

- Mankiet do pomiaru ciśnienia krwi (rozmiar zmienny)
- Futerał
- Przewód zasilający
- Baterie
- Inne

### Informacje o pacjencie

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Numer identyfikacyjny pacjenta

\_\_\_\_\_  
Dane kontaktowe: (telefon lub e-mail)

### Termin zwrotu:

Miesiąc

Dzień

Rok

- Zgadzam się wypożyczyć urządzenie do pomiaru ciśnienia krwi i przestrzegać otrzymanych instrukcji.
- Zobowiązuję się do zwrotu tego urządzenia w dobrym stanie technicznym we wskazanym terminie lub wcześniej.

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Data