Déclaration d'inocuité de l'operateur
relative à la contamination des appareils ou accessoires

Unbedenklichkeitserklärung des Betreibers

über die Kontamination von Geräten oder Zubehör

Déclaration de sécurité et d'inocuité sanitaire

La sécurité et la santé de nos collaborateurs ainsi que les réglementations concernant la sécurité au travail nous obligent à vous demander de remplir ce formulaire pour tous les appareils et accessoires que vous nous renvoyez.

Sans ce formulaire dûment complété, nous ne pourrons pas effectuer de réparation, ni de contrôle. Nous n'acceptons pas les appareils contaminés par des substances présentant un danger pour la santé.

Veuillez nous faire parvenir une copie dûment remplie du formulaire présenté ci-dessous à titre d'exemple par fax au +49 6151 803 479 ou par e-mail rep-cal@hbm.com en demandant un numéro de retour RMA afin que nous ayons ces informations avant que l'appareil n'arrive.

Lors du retour, une autre copie doit être *placée à l'extérieur du colis (par ex. dans la pochette du bon de livraison)*. Des données incomplètes ou le non-respect de cette procédure entraînera obligatoirement des retards dans le traitement du dossier.

Cette déclaration ne doit être remplie et signée que par une personne spécialisée autorisée.

Type d'appareil : *Gerätetyp*	Numéro de série : *Seriennummer*	Numéro de commande : *Kundenauftragsnummer*
Description du fonctionnement incorrect ou d'autres informations : *Fehlerbeschreibung oder sonstige Angaben*		

Est-ce que l'équipement sans substances nocives? *Ist das Gerät frei von Schadstoffen?*	☐ Qui *Ja*	☐ Non *Nein*
Commentaires : *Bemerkungen*		

Est-ce que l'équipement nettoyé avant l'expédition? *Wurde das Gerät vor dem Versand gereinigt?*	☐ Oui *Ja*	☐ Non *Nein*
Est-ce que l'équipement décontaminé correctement et sans risque pour la santé? *Ist das Gerät einwandfrei dekontaminiert und nicht gesundheitsgefährdend?*	☐ Oui *Ja*	☐ Non *Nein*

Nom d'entreprise :	
Rue :	
Code postal, ville :	Pays :
Téléphone :	Téléfax :
E-mail :	
Nom du contact en cas de questions : *Name des Ansprechpartners für Rückfragen*	

Nous vous assurons que l'information dans la déclaration présente est exacte et complète et le signataire est capable de juger. Conséquences juridiques des informations incomplètes ou inexactes sont connu.

Date _____ Position _____

Nom _____ Cachet de l'entreprise / Signature _____