Declaração de inocuidade do operador

no que diz respeito à contaminação de dispositivos ou acessórios

Unbedenklichkeitserklärung des Betreibers

über die Kontamination von Geräten oder Zubehör

Declaração de segurança e inocuidade para a saúde

Para a segurança e saúde dos nossos funcionários e para atender aos regulamentos sobre segurança no trabalho, é essencial que este formulário seja preenchido para todos os dispositivos respectivos acessórios que nos são enviados de volta.

Não é possível fazer-se o reparo ou a avaliação sem que o formulário esteja devidamente preenchido. É impossível aceitar dispositivos poluídos com substâncias nocivas à saúde.

Uma cópia devidamente preenchida do formulário mostrado abaixo como exemplo deve ser enviada por fax, com antecedência, para +49 6151 803 479, ou por e-mail, também com antecedência, para rep-cal@hbm.com, juntamente com o pedido de um número RMA (retorno), para que tenhamos a informação em nossa posse antes do dispositivo chegar.

Ao devolver o dispositivo, uma cópia adicional deve ser fixada no exterior da embalagem (por exemplo, no bolso da nota de entrega). Se faltarem detalhes, ou se esta sequência não for seguida, inevitavelmente haverá atrasos no tratamento do assunto.

Somente especialistas técnicos autorizados têm permissão para preencher e rubricar esta declaração.

Tipo de equipamento: *Gerätetyp*	Número de série: *Seriennummer*	Número do pedido: *Kundenauftragsnummer*
Descrição do mau funcionamento ou outras declarações: *Fehlerbeschreibung oder sonstige Angaben*		

O dispositivo está livre de substâncias nocivas? *Ist das Gerät frei von Schadstoffen?*	☐ Sim *Ja*	☐ Não *Nein*
Observações: *Bemerkungen*		

Equipamentos limpos antes do envio? *Wurde das Gerät vor dem Versand gereinigt?*	☐ Sim *Ja*	☐ Não *Nein*
Dispositivo perfeitamente descontaminado e sem perigo para a saúde? *Ist das Gerät einwandfrei dekontaminiert und nicht gesundheitsgefährdend?*	☐ Sim *Ja*	☐ Não *Nein*

Nome da empresa:	
Rua:	
Cidade:	País:
Telefone:	Fax:
E-mail:	
Nome da pessoa a contatar em caso de dúvidas: *Name des Ansprechpartners für Rückfragen*	

Garantimos que as informações na presente declaração são precisas e completas, e que o signatário é capaz de avaliar isso. Há conhecimento das consequências jurídicas de informações incompletas ou imprecisas.

Data _____ Posição _____

Nome _____ Carimbo da empresa/Assinatura _____