

1A Medizintechnik GmbH
Liebauweg 6
46395 Bocholt

Hiermit bestätige ich/wir: _____
Nachname, Vorname (Geschäftsleitung)

Plz, Ort, Straße, Kunden-Nr.:

dass ich/wir darauf hingewiesen wurde(n), den folgenden Covid 19 Schnelltest

Name des Covid 19 Schnelltest, Artikel-Nr.:

nur durch medizinisches Fachpersonal durchzuführen. Ich/wir werden den Test gemäß der beiliegenden Gebrauchsanweisung durchführen.

Ort, Datum

Unterschrift

verkauf@1a-medizintechnik.de

Fax: +49 2817 24113 99