

**GARANTIESCHEIN**

Dieses Merkblatt muss an *F care systems* im Zeitraum von 15 Tagen nach Empfang des Viridex RF zurückgesandt werden.

**F care systems N.V.**  
Oosterveldlaan 99  
B-2610 Wilrijk – Belgien

NAME:

.....

STRASSE:

.....

.....

POSTLEITZAHL: ..... ORT:.....

LAND: .....

Viridex RF Nr.: .....

erhalten am: .....

Ich, der Unterzeichnete (Name und Funktion) ..... erkläre hiermit, dass ich **von dem Kapitel Sicherheitshinweise** dieser Bedienungsanleitung **Kenntnis genommen habe**. Ich verpflichte mich hiermit, ggf. im Namen der Klinik/Praxis, diese Hinweise zur Anwendung zu bringen und zur Anwendung bringen zu lassen.

NAME und UNTERSCHRIFT

STEMPEL

---

**SCHULUNG**

Ich bitte hiermit um die Anmeldung von ..... Personen für die Schulung, die erforderlich ist, um die Kenntnisse für die Benutzung des Viridex RF zu erwerben. Dabei handelt es sich generell um eine Schulung die von **F CARE Systems** durchgeführt wird.

Ich erhalte von Ihnen nach dem Erhalt dieses Gesuches ein Anmeldeformular, den Schulungstermin werden wir telefonisch mit Ihnen absprechen.

**NAME und UNTERSCHRIFT**