

KULLANIM AMACI FORMU/BEYANI

İmalatçı Adı*	
İmalatçı Adresi*	
İthalatçı Adı*	
İthalatçı Adresi*	
Belge Hazırlanış/Basım Tarihi*	
Genel Ürün Tanımı*	
Branş Türü*	
GMDN*	
Ürünü Tanımlayıcı Diğer Bilgiler	
Ürün Endikasyon Bilgisi* (Ürünün Teknik Dosyasında Yer Alan Endikasyon Bilgilerini içermelidir)	
Lateks içeriyor mu?*	Raf ömrü var mı?*
DEHP içeriyor mu?*	Kalibrasyona tabi mi?*
Ürün iyonize radyasyon içerir mi?*	Bakıma tabi mi?*
Ürün nanomateryal içeriyor mu?*	Steril paketlenildi mi?*
Tek kullanımlık mı?*	Kullanım Öncesinde Sterilizasyon Gerekli mi?*
Ürünün sınırlı kullanım sayısı var mı?*	Tıbbi Cihaz Satış, Reklam ve Tanıtım Yönetmeliği Ek-3 Kapsamında mı?*
Sınırlı Kullanım Sayısı:	Raf Ömrü (ay):
Etiketeki MRG Güvenlik Bilgisi:	
Saklama Koşulu Bilgileri:	

İmalatçı / İthalatçı Sorumlu Müdür
Adı Soyadı
İmzası

Not: Bu belge, Kullanım Kılavuzu olmayan tıbbi cihazlar için ÜTS'ye yüklenen bir belgedir.

* Doldurulması zorunlu alandır.