|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Název** | **Typ** | **Výrobní číslo** | **Období původního pořízení** | **Umístění ABBBPPMMM** | **Odhad  ceny** | **Dodavatel / způsob nabytí** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Poznámka:* Pokud se jedná o nález zdravotnických přístrojů, je nutné vyplnit Fm-MP-M011-01-IDENT-001 (Závazný postup zařazování zdravotnických přístrojů.)

Podpis inventárního pracovníka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_