

Bearbeitungs-Nr. \_\_\_\_\_

<b>Antragsteller</b> – Klinik/Abteilung/Institut (Stempeldruck)	<b>BANF</b>	_____
	<b>Bestell-Nummer</b>	_____

**Für Rückfragen und Benachrichtigungen:**  
Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
@med.uni-tuebingen.de

Med.-techn. Güter                       Büroartikel  
 EDV-Artikel                                   Sonstiges

**Beauftragte Person:**  
MPG  Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
EDV  Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Das Gerät / die Einrichtung soll beschafft werden aus:**

Allgemeiner Ausstattung                       Betriebsmittel  
 Ersteinrichtung                                   Großgeräte-Programm

RPL-Vorh.Nr. \_\_\_\_\_ BfA Raum-Nr. \_\_\_\_\_  
RPL-Leitung \_\_\_\_\_ BfA Pos. \_\_\_\_\_

Drittmittel     Fortüne

**Projekt-Nr.:** \_\_\_\_\_  
**Kostenstelle:** \_\_\_\_\_

*Eingangsstempel*

Artikel und Lieferfirma	Artikel-Nr.	Preis in €	Menge

Wir erklären mit der nachfolgenden Unterschrift ausdrücklich, dass die beantragten Gegenstände **nicht** den Bestimmungen des **Medizinproduktegesetzes** unterliegen.  wenn zutreffend bitte ankreuzen!

*Hinweis: Fehlende Angaben, können gemäß Medizinproduktegesetz § 45, als Ordnungswidrigkeit ausgelegt werden.*

Tübingen, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Antragsteller / Budgetverantwortlicher*

**Vom Antragsteller auszufüllen**