

Teilnehmerliste an Einweisung/Schulung am POCT-Gerät I-Stat Alinity ACT der Firma Abbott durch: _____ am: _____

	Klinik	Station	Nummer unterhalb des Barcodes	Nachname	Vorname	Geburtsdat.	Unterschrift
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							