



Afin de se conformer aux obligations légales, de protéger notre personnel et nos installations, nous avons besoin du retour de cette déclaration sur la contamination éventuelle de votre matériel avant que nous puissions commencer à travailler sur celui-ci. Merci de joindre cette déclaration remplie et signée à vos documents d'expédition avec un exemplaire à l'extérieur de l'emballage.



■ Déclaration de contamination

| Matériel | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|--|--|
| Désignation | | | | | N° de série | | | |
| Article code/configuration ID | | | | | Défaut constaté sur le matériel | | | |
| Propriétés du fluide (cocher la case adaptée) | | | | | | | | |
| Le matériel que nous retournons : | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> a été en contact avec une substance radioactive | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> n'a pas été en contact avec une substance dangereuse | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> a été en contact avec une substance dangereuse, voir ci-dessous : | | | | | | | | |
| Désignation de la substance |  Inflammable |  Toxique |  Corrosive |  Explosive |  Comburant |  CMR* |  Irritante Corrosive |  Dangereuse pour l'environnement |
| Matériel en contact avec une substance (préciser le nom) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Matériel nettoyé avec une substance (préciser le nom) _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * Cancérogène, mutagène et reprotoxique Fournir les fiches de données de sécurité des substances dangereuses. | | | | | | | | |
| Mesures de protection | | | | | | | | |
| Le matériel doit être nettoyé autant que possible à l'intérieur et à l'extérieur avant expédition. Les manipulations ultérieures doivent être respectées en utilisant les dispositifs suivants (cocher la case adaptée) : | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> aucune précaution de sécurité supplémentaire aux EPI habituels ne doit être prise | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> les consignes de sécurité suivantes doivent être prises (cocher les cases adaptées) : | | | | | | | | |
|  <input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité |  <input type="checkbox"/> Gants |  <input type="checkbox"/> Visière de protection |  <input type="checkbox"/> Vêtement de protection |  <input type="checkbox"/> Masque de protection | <u>Informations complémentaires :</u> | | | |
| Amiante (Joints de bride, calorifuge) | | | | | | | | |
| Présence d'amiante possible (cocher la case adaptée) : | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> OUI | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | |
| Expéditeur | | | | | | | | |
| Société : | | | | Contact : | | | | |
| Adresse complète : | | | | | | | | |
| Code postal : | | | Téléphone : | | | E-mail : | | |

Je confirme que les informations ci-dessus sont correctes et complètes et que les produits retournés sont exempts d'amiante.

Date

Signature / Tampon de la société

Nom et téléphone de la personne à contacter en cas de problème