

**Gerätenachweis**

(Nur vom Hersteller bzw. der betreuenden Servicefirma auszufüllen)

Eigentümer des Gerätes (Name/Adresse):

**Nino Grüneis, BSc, Physiotherapeut Wallrißstraße 129/2, 1180 Wien**

Standort (Adresse): **PhysioPraxis, Wallrißstraße 129/2, 1180 Wien**

Gerätebezeichnung: **Masterpuls<sup>®</sup> MP100 "ultra"** Seriennummer: **0S.14745**

Geräteart: **radiales Stoßwellen- /Druckwellen- Gerät**

Hersteller/Vertreiber: **Storz Medical AG / PEROmed GmbH**

Das Stoßwellengerät wurde am **19.09.2022** installiert.

**PEROmed**<sup>GmbH</sup>**Herrgottwiesgasse 125  
8020 Graz, AUSTRIA**

Tel.: +43 316 20 71 71

E-Mail: office@peromed.at

Internet: www.peromed.at

*Graz, 26.09.2022*

(Ort, Datum)

(Stempel und Unterschrift des Herstellers bzw.  
der betreuenden Servicefirma)