

/ MODULO DI RICHIESTA PER LA VISIONE DI APPARECCHIATURE MEDICO SCIENTIFICHE

Data:

N° RICHIESTA:

OSSERVAZIONI (continua)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. A vertical red margin line is positioned on the left side, creating a narrow left margin. The paper appears slightly aged or off-white. There are no markings, text, or drawings on the page.

MODULO DI RICHIESTA PER LA VISIONE DI APPARECCHIATURE MEDICO SCIENTIFICHE

Data:

N° RICHIESTA:

Alla Struttura di Ingegneria Clinica

SEDE

RICHIESTA DI VISIONE

DATI APPARECCHIATURA:

APPARECCHIATURA

MODELLO

VALORE COMM.

PRESIDIO

STRUTTURA

N° GIORNI DI VISIONE

RISERVATO AL RICHIEDENTE:

DITTA

VIA

 $\dot{z}$

CAP ...

CITTA'

.PROV.

CONTENTS

TE

FAX

La visione potrà essere effettuata (per un massimo di 30gg) alle seguenti condizioni:

1. Fornitura gratuita di tutto il materiale di consumo necessario per l'utilizzo;
2. Oneri di installazione, gestione, disinstallazione e ritiro a carico della ditta offerente;
3. Assunzione di responsabilità per i rischi connessi all'utilizzo dell'apparecchiatura (furto, incendio, danni a terzi) per tutto il periodo di prova.

Le apparecchiature devono essere consegnate alla Struttura di Ingegneria Clinica del Presidio beneficiario con i seguenti documenti:

- A. Certificazione di rispondenza alla Normativa vigente;
- B. Documento di viaggio;
- C. Manuale in italiano;
- D. Indicazione della destinazione d'uso ai sensi della 93/42CEE e di eventuali precauzioni e/o limitazioni all'utilizzo;
- E. Scheda tecnica con specifiche di: alimentazione assorbimento, dati di ingombro (se necessario);
- F. Elencazione, se necessario, dei dati tossicologici (produzione di sostanze e/o modalità di smaltimento rifiuti e/o emissione di radiazioni).

Per accettazione DITTA Sig. FIRMA.....



4. MODULO DI RICHIESTA PER LA VISIONE DI APPARECCHIATURE MEDICO SCIENTIFICHE

Data:

N° RICHIESTA:

PARERE MOTIVATO DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA:

PER I MOTIVI SOPRA ELENCATI SI ESPRIME PARERE ☐ FAVOREVOLE ☐ CONTRARIO
DATA

FIRMA del Responsabile della Struttura

PARERE MOTIVATO DEL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO:

PER I MOTIVI SOPRA ELENCATI SI ESPRIME PARERE ☐ FAVOREVOLE ☐ CONTRARIO
DATA

FIRMA del Direttore Medico di Presidio

PARERE MOTIVATO DELLA STRUTTURA GESTIONE GARE E CONTRATTI:

PER I MOTIVI SOPRA ELENCATI SI ESPRIME PARERE ☐ FAVOREVOLE ☐ CONTRARIO
DATA

FIRMA del Responsabile della Struttura

Gestione Gare e Contratti

PARERE MOTIVATO DEL RESPONSABILE DELLA Struttura Ingegneria Clinica:

PER I MOTIVI SOPRA ELENCATI L'ISTANZA VIENE ☐ ACCETTATA ☐ RESPINTA
DATA

FIRMA del Responsabile della Struttura

Ingegneria Clinica



4. MODULO DI RICHIESTA PER LA VISIONE DI APPARECCHIATURE MEDICO SCIENTIFICHE

Data:

N° RICHIESTA:

OSSERVAZIONI