

MODULO COLLAUDO BENE

DATI ANAGRAFICI

Inventario:	Classe:
Codice:	Costruttore:
Civab:	Modello:
Matricola:	CdC:
Assistenza:	Rivenditore:
N.ro Delibera:	Data Delibera:
N.ro Ordine:	Data Ordine:
N.ro DDT:	Data Consegna:
Durata Garanzia (mesi):	Costo (€+IVA):

Note:

INSTALLAZIONE (a cura della Ditta)

La Ditta dichiara che le esigenze strutturali, impiantistiche e microclimatiche richieste dal Costruttore:

- Non sono necessarie particolari condizioni installative.
- Sono presenti e pertanto si dichiara la conformità installativa del Sistema.
- Non sono presenti in tutti gli ambienti in cui si prevede l'uso del Sistema e pertanto la conformità installativa è vincolata alle condizioni seguenti:
- Non sono presenti e pertanto si dichiara la non conformità installativa del Sistema.

La Ditta Fornitrice

ACCETTAZIONE DEL COLLAUDO (a cura del U.O. Fisica e Tecnologie Biomediche)

Il Responsabile del U.O. Fisica e Tecnologie Biomediche dichiara che l'operazione di installazione dell'Attrezzatura Elettromedicale sopraindicata, fornita all'Azienda U.S.L. di ROMAGNA - EX CESENA, a seguito di

Numero : Data:

IDONEA RESPINTA

Esito:

Il Tecnico

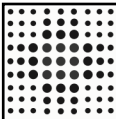
Il Direttore

PRESA IN CARICO/COLLAUDO FUNZIONALE (a cura del Reparto)

Il Responsabile Medico del Reparto prende in consegna l'Attrezzatura, completa di manuali d'uso, si assicura che le conoscenze acquisite vengano trasferite a tutti gli operatori interessati all'uso dell'Attrezzatura e dichiara che ha superato il collaudo funzionale.

Il Responsabile Medico

Il Coordinatore



MODULO COLLAUDO BENE

Dispositivo per cui non è necessaria una particolare formazione degli Operatori.

FORMAZIONE OPERATORI (a cura della Ditta)

Hanno partecipato al corso di formazione e addestramento concernente la destinazione d'uso, le modalità d'uso, le limitazioni d'impiego e le relative avvertenze per un utilizzo corretto e sicuro del sistema:

Nome e Cognome	Qualifica	Firma
.....
.....
.....
.....

La Ditta Fornitrice

Dispositivo per cui non è necessaria una particolare formazione dei Tecnici.

FORMAZIONE TECNICI (a cura della Ditta)

A seguito di partecipazione al corso di formazione teorico e pratico, si AUTORIZZANO i seguenti Tecnici alla manutenzione correttiva di primo livello e preventiva del sistema:

Nome e Cognome	Qualifica	Firma
.....
.....
.....
.....

La Ditta Fornitrice

