

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 Medica ed Ingegneria Clinica)

Il Responsabile del U.O. Fisica Medica ed Ingegneria Clinica dichiara che l'operazione di installazione dell'Attrezzatura Elettromedicale sopraindicata, fornita all'Azienda U.S.L. della Romagna - Cesena, a seguito di _____ risulta:

Numero : _____ Data: _____

IDONEA RESPINTA Esito: _____

Il Tecnico

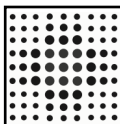
Il Direttore

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 di Accettazione
Apparecchiature Biomediche e di
Sterilizzazione**

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

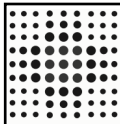
Dispositivo per cui non è necessaria una particolare formazione dei Tecnici.

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



MODULO

Collaudo di Accettazione Apparecchiature Biomediche e di Sterilizzazione

MODULO COLLAUDO BENE

Cesena	Collaudo n°
Inventario:	Classe:
Matricola:	Costruttore:
Civab:	Modello:
Rivenditore:	Assistenza:
CdC:	Ubicazione:
Pos. Archivio:	Parti Applicate B:
Tipo:	Parti Applicate BF:
Classe Elettr:	Parti Applicate CF:
Dati di Targa:	
Note Collaudo:	
Il Tecnico	