

**RICHIESTA IN PROVA DI APPARECCHI/ SISTEMI ELETTROMEDICALI**

Il sottoscritto _____

Qualifica _____

Ditta _____

Indirizzo _____

Telefono e fax _____

COME STABILITO DALLA COMMISSIONE GIUDICATRICE

Si rende disponibile per un periodo di giorni _____, a partire dal ____/____/____

a cedere in prova presso il reparto/servizio: _____

Le seguenti apparecchiature (elenco singole apparecchiature o parti componenti un sistema):

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____
- 7) _____
- 8) _____
- 9) _____
- 10) _____

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- che le apparecchiature sopra elencate saranno installate e poste in funzione sotto la propria totale ed esclusiva responsabilità e che le apparecchiature sono conformi alle norme generali e particolari vigenti;
- che si assume, per tutta la durata del periodo di prova, ogni responsabilità per danni a cose e/o persone provocati dall'errato o mancato funzionamento delle apparecchiature sopra elencate;
- che solleva l'Azienda Ospedaliera da ogni responsabilità per eventuali danni, smarrimenti, furti, ecc. nei confronti dei beni sopracitati;
- che le apparecchiature stesse non comporteranno, per tutto il periodo di prova, alcuna spesa a carico dell' Azienda Ospedaliera, ivi compresi i costi relativi ai materiali di consumo;
- che l'installazione temporanea delle apparecchiature in prova/visione non comporterà alcuna spesa a carico dell'Azienda Ospedaliera per modifiche impiantistiche nei locali individuati (eventuali oneri per l'adeguamento impiantistico temporaneo dei locali saranno a totale carico della ditta fornitrice);
- di essere stato informato che la cessione in prova dei beni succitati non impegna in alcun modo l'Azienda Ospedaliera ad una successiva acquisizione degli stessi;
- che si impegna a trasmettere una copia della bolla d'uscita alla S.C. Tecnico ed Ingegneria Clinica al momento del ritiro dell'apparecchiatura;
- che le apparecchiature sono conformi alle normative vigenti all'atto della cessione in prova dei dispositivi (direttiva dispositivi medici 93/42/CEE, direttiva compatibilità elettromagnetica 89/336/CEE, direttiva bassa tensione 73/23/CEE, direttiva macchine 89/392/CEE, norme tecniche CEI 62.5 e/o CEI 66.5, eventuali norme tecniche particolari).

Eventuali clausole per la fornitura:

Data ____/____/____

Per quanto concordato si richiedono le autorizzazioni di competenza:

Il Responsabile della Ditta
(timbro e firma)

Il Responsabile del Reparto
(timbro e firma)

Visto si autorizza per competenza:

Il Direttore Sanitario P.O.
(timbro e firma)

IL RESPONSABILE S.C.
TECNICO e INGEGNERIA CLINICA
(timbro e firma)
