

| Informazioni base (completare tutti i campi) | |
|--|-----------------------|
| Descrizione apparecchiatura: | |
| Modello: | |
| Destinazione d’uso come da manuale: | |
| Codice CND: | numero di repertorio: |
| Produttore: | |
| Fornitore: | |
| Riparatore autorizzato: | |

| Requisiti dispositivi medici (completare tutti i campi) |
|---|
| Dichiarazioni di conformità allegate: - 93/42 e successive modifiche <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no - CEI EN 60601-1 e successive modifiche <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no - Norme Particolari <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no specificare _____ |
| Classe di appartenenza secondo la Direttiva Europea 93/42/CE (e successive modifiche e integrazioni): <input type="checkbox"/> CLASSE I <input type="checkbox"/> CLASSE II a <input type="checkbox"/> CLASSE II b <input type="checkbox"/> CLASSE III |
| Tipologia di protezione contro pericoli elettrici secondo la CEI EN 60601-1 (e successive modifiche e integrazioni): <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> AI (alimentazione interna) |
| Grado di protezione contro i contatti diretti e indiretti secondo la CEI EN 60601-1 (e successive modifiche e integrazioni): <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> BF <input type="checkbox"/> CF |

| Informazioni aggiuntive (completare tutti i campi) |
|---|
| Si certifica la consegna al reparto di almeno una copia del manuale d’uso in lingua italiana. |
| Si consegna con l’apparecchiatura una copia del manuale di service <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| E’ previsto un corso di formazione legato all’uso del dispositivo medico per il personale di reparto <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Durata della garanzia a decorrere dalla data del collaudo (inserire durata): _____ (mesi) |
| La garanzia prevede: |
| Tempistiche di intervento in loco dalla ricezione della richiesta di manutenzione: _____ (giorni lavorativi) |
| Indicare la periodicità delle Manutenzioni Preventive (in base a quanto previsto da manuale): Le Manutenzioni Preventive sono comprese all’interno della garanzia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Indicare la periodicità della Taratura, ove prevista (in base a quanto previsto da manuale): Le Tarature sono comprese all’interno della garanzia? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| L’apparecchiatura ha come accessorio dei materiali di consumo? <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Specificare i consumabili e allegare le quotazioni nell’offerta economica: |

| Dati tecnici per installazione e funzionamento | |
|--|-------------------------------------|
| Dimensioni di ingombro (inserire valori): | (cm) Peso (inserire valore): (kg) |

| | |
|--|--|
| Alimentazione elettrica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> batteria | Tensione (inserire valore): (V) <input type="checkbox"/> monofase <input type="checkbox"/> trifase |
| Potenza Assorbita (inserire valore): (kW) | Potenza Impegnata (inserire valore): (kW) |
| Tipologia di spina <input type="checkbox"/> shuko <input type="checkbox"/> pettine <input type="checkbox"/> industriale | Cavo di alimentazione separabile <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| Il dispositivo medico necessita di UPS? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| Si certifica che: <ul style="list-style-type: none"> - è presente un interruttore generale e la relativa indicazione acceso/spento; - sono presenti indicazioni indelebili all'esterno di due/tre (se trifase) fusibili con il rispettivo valore di corrente (un fusibile è ammissibile solo per apparecchiature di classe 2) | |

| | |
|---|------------------------------------|
| Alimentazione idrica <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Pressione (inserire valore): (bar) |
| Portata (inserire valore): (m ³ /s) | |

| |
|--|
| Scarico Fognatura <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
|--|

| | |
|---|------------------------------------|
| Alimentazione aria compressa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Pressione (inserire valore): (bar) |
|---|------------------------------------|

| | |
|---|--|
| Utilizzo gas medicali o di laboratorio <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Tipologia di gas: |
| Tipologia di attacchi dei tubi a muro <input type="checkbox"/> afnor <input type="checkbox"/> uni | <input type="checkbox"/> bombole normali <input type="checkbox"/> bombolette monouso <input type="checkbox"/> produz auton |

| | |
|--|-------------------|
| Impianti di aspirazione od espulsione <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Tipologia di gas: |
|--|-------------------|

| | |
|--|---|
| Condizioni climatiche particolari <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | Temperatura (inserire valore): da (°C) a (°C) |
| Umidità relativa (inserire valore): % | |

| |
|-------------|
| NOTE |
|-------------|

| |
|--------------|
| Data: |
|--------------|

| |
|---|
| Il Legale Rappresentante della Ditta |
| _____ |
| (Timbro e Firma) |