

ALLEGATO H

INVENTARIO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI*

ENTE (denominazione)	COMUNE DI:
C.F./P.I.	INDIRIZZO:
STRUTTURA (denomin.) :	COMUNE DI:
	INDIRIZZO:

Impresa Costruttrice	Tipo e Modello	Matricola	Data Fabbricazione	Data Collaudo	Impresa incaricata delle verifiche/manutenzioni	Periodicità verifiche	Data ultima verifica

*Si dichiara che tutte le apparecchiature sopra elencate sono conformi alla normativa CE, sono dotate di manuale d'uso e collocate/installate in ambienti i cui impianti elettrici risultano conformi alla normativa vigente.

Data ___/___/_____

Timbro e Firma del Direttore Sanitario

Timbro e firma del Legale Rappresentante