DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ DEL FABBRICANTE ALLA DIRETTIVA 93/42/CEE

LUOGO E DATA _____ Dichiarazione N. _____

IL FABBRICANTE

LABORATORIO ODONTOTECNICO: _____
N. ISCRIZIONE REGISTRO MINISTERO SANITÀ: _____
R.I.: _____ R.E.A.: _____
Indirizzo_____ - P.IVA: _____ -Telefono: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA ESCLUSIVA RESPONSABILITÀ

CHE IL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA I CUI DATI DI IDENTIFICAZIONE SONO:

Descrizione del dispositivo:

È STATO FABBRICATO PER IL PAZIENTE:

COGNOME e NOME: *CODICE FISCALE:* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

ED È PERTANTO DESTINATO ESCLUSIVAMENTE A QUEST'ULTIMO.

SI DICHIARA INOLTRE CHE IL DISPOSITIVO FORNITO CORRISPONDE ALLE SPECIFICHE ESPRESSE NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO/ODONTOIATRA:

STUDIO RICHIEDENTE
COGNOME E NOME DEL MEDICO: **Dott. Mario Putero**
Indirizzo: **Largo B. Andreatta, 20**
Cap e città: **87100 - Cosenza** (CS)
P.IVA: **03065310785** N. Iscrizione Albo: **905**
Telefono: 329.9621242

Studio di Odontoiatria e Protesi Dentaria
dott. Mario Putero

IL DISPOSITIVO SU MISURA OGGETTO DI QUESTA DICHIARAZIONE È CONFORME AI REQUISITI ESSENZIALI ENUNCIATI ALL'ALLEGATO I E AI DISPOSTI DELL'ALLEGATO VIII DELLA DIRETTIVA 93/42/CEE.

Specificare eventuali rischi non eliminabili e le relative motivazioni_____.

FIRMA Odontotecnico abilitato *(titolare o legale rappresentante)* _____

***N.B.** La copia per il paziente non deve essere firmata e non deve contenere i dati anagrafici del fabbricate ma solo il numero di iscrizione al Ministero della Sanità (Circolare 17 luglio 1998).*

RISERVATO ALL'ODONTOIATRA

Dichiaro di aver ricevuto le istruzioni d'uso del Dispositivo Medico su misura relativo alla presente Dichiarazione di Conformità.
Firma del Paziente _____

FAC SIMILE