

TIMBRO

Data

N.

Dispositivi Medici

DICHIARAZIONE di CONFORMITÀ

D.Lgs. 24 febbraio 1997, n. 46 (Direttiva 93/42/CEE)

D.Lgs. 25 gennaio 2010, n. 37 (Direttiva 2007/47/CE)

Il Laboratorio Odontotecnico

FABBRICANTE

Registrazione Ministero Sanità n. _____ R.I. _____ R.E.A. _____

con sede in Via _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____

Telefono _____ Partita IVA _____

DICHIARA CHE IL DISPOSITIVO MEDICO SU MISURA

Descrizione e Classe: _____

RIPORTARE LE SPECIFICHE PROGETTUALI INDICATE IN PRESCRIZIONE DAL MEDICO

➤ È destinato ad uso esclusivo del Sig./Sig.ra _____

Codice Fiscale _____ Codice Paziente ⁽¹⁾ _____

➤ È stato prescritto dal Dott. _____

Indirizzo _____ Comune _____ CAP _____ Tel. _____

con prescrizione n. _____ del _____

➤ È conforme a quanto previsto dall'Allegato I e ai disposti dell'Allegato VIII della M.D.D. 93/42/CEE

➤ Rischi che non si sono potuti rimuovere e relative motivazioni: _____

Firma del Fabbricante
(titolare o legale rappresentante)

RISERVATO ALL'ODONTOIATRA

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

Data _____

Firma del Paziente _____