

**AZIENDA OSPEDALIERA S.MARIA
TERNI**

ALLEGATO B

LOTTO N.....
DITTA fornitrice.....
Produttore.....

Denominazione commerciale

.....

- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura
- Rif...../codice prodottomisura

Il sottoscritto rappresentante legale della
Ditta, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il prodotto di cui sopra è in possesso della marcatura CE secondo il D.L. 46/97 come
Dispositivo medico di classe con la seguente destinazione d'uso

.....

.....

CND (Classificazione Nazionale Dispositivi)

N ° di Repertorio

Dichiara inoltre

- Che il prodotto è sterile si no monouso si no
- Metodo di sterilizzazione ETO si no (se si indicare il residuo di ETO))
- Che il prodotto è latex free si no
- Che le confezioni di vendita di cui all'art. 3 punto 2, riportano in lingua italiana, oltre le informazioni di cui all'art. 3, anche il numero di pezzi contenuti e le eventuali condizioni di conservazione e/o di manipolazione si no .

Data
Firma e Timbro della Ditta

