

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA' FORNITURA

DATA: ____ / ____ / ____

N° DET/DEL: _____ N° Ordine: _____

Riferimento contratto SISAR: _____

Fornitore _____

DDT _____

Struttura: _____ Unità Operativa: _____

Note: _____

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA

N° Inventario Patrimoniale: _____ N° Inventario Biomedicale: _____

Apparecchiatura: _____

Costruttore: _____

Modello: _____ Matricola: _____

☐ SERVICE ☐ NOLEGGIO ☐ LOCAZIONE ☐ LEASING ☐ DEMO

Durata Service/Noleggio/Locazione/Leasing o Demo: _____

Modalità di fatturazione:

☐ MENSILE ☐ TRIMESTRALE ☐ SEMSTRALE ☐ ANNUALE

VERIFICHE PRESTAZIONALI

Alla presenza del DEC _____ è stata effettuata la verifica funzionale e prestazionale.

Esito Positivo: ☐ SI ☐ NO

L'APPARECCHIO RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEO ALL'USO PREVISTO

☐ SI ☐ NO

L'ESITO DELLA ATTESTAZIONE DI CONFORMITA' AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE È DA RITENERSI

☐ Positivo ☐ Temporaneamente sospeso ☐ Negativo

EVENTUALI NOTE:

Letto, Confermato e Sottoscritto in data _____ alle ore _____

Il DEC _____

Luogo e Data _____