INVENTARIO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

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

STRUTTURA (denominazione)	COMUNE
	INDIRIZZO:

COSTRUTTORE	TIPO E MODELLO	MATRICOLA	DATA FABBRICAZIONE	DATA COLLAUDO	IMPRESA INCARICATA DELLE VERIFICHE/MANUTENZIONI	PERIODICITA' VERIFICHE	DATA ULTIMA VERIFICA

Impianto elettrico	Estremi dichiarazione di conformità	Data collaudo iniziale	Data ultima verifica

Data___/___/_____ Timbro e firma del Direttore Sanitario Timbro e firma del Legale Rappresentante