

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL Rieti</b>	<b>REGIONE LAZIO</b> <b>AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</b>	
	PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 9 PER LA PREVENZIONE DEGLI EVENTI AVVERSI CONSEGUENTI AL MALFUNZIONAMENTO DEI DISPOSITIVI MEDICI/APPARECCHI ELETTROMEDICALI	Rev.0  Del _____
<b>ALLEGATO 2</b>		

**Spett.le**  
**ASL Rieti**  
**Direttore D.M.O.**  
**Fax 0746 278440**

**Spett.le**  
**ASL Rieti**  
**Responsabile Distretto 1**  
**Fax 0746 279901**

**Spett.le**  
**ASL Rieti**  
**Responsabile Distretto 2**  
**Fax 0746 278233**

**e p/c U.O.S.D. Ingegneria Clinica**  
**Fax 0746 278833**

Oggetto: richiesta autorizzazione all'ingresso di apparecchiatura in prova/visione

Con la presente, a seguito di accordi intercorsi con il Dirigente della U.O. \_\_\_\_\_ Dott. \_\_\_\_\_, siamo lieti di comunicarvi la disponibilità a fornire in visione presso \_\_\_\_\_ a partire dalla data \_\_\_\_\_ la seguente apparecchiatura:

TIPOLOGIA: \_\_\_\_\_

PRODUTTORE: \_\_\_\_\_

VALORE COMMERCIALE: \_\_\_\_\_

Dichiariamo, inoltre, che:

- La consegna e il ritiro dell'apparecchiatura avverrà a cura della ns. Azienda;
- La visione non vincola in alcun modo la Vs. azienda a sostenere oneri. In particolare, il materiale di consumo dedicato sarà fornito a titolo gratuito, per tutta la durata della visione;
- L'installazione e il collaudo propedeutici all'uso delle apparecchiature verranno concordate ed effettuate alla presenza del Direttore/Responsabile di reparto o di un suo delegato e di un afferente alla U.O.S.D. Ingegneria Clinica, al momento della consegna della relativa documentazione tecnica;
- Tutti i rischi derivanti dall'uso dell'apparecchiatura, ivi compreso il furto, l'incendio e la rottura sono a carico della Ns. Società;
- L'apparecchiatura possiede i requisiti tecnico costruttivi conformi alle normative vigenti;
- L'apparecchiatura è assicurata con polizza RTC, incendio e rischi industriali;
- La ns. società si impegna, senza spesa alcuna, a mandare c/o la Vs. Struttura lo Specialista di prodotto, per supportare i Vs. operatori, formarli, informarli e addestrarli all'utilizzo dell'apparecchiatura;
- La ns. Azienda si impegna altresì a provvedere tempestivamente, a proprie spese, al ritiro dell'apparecchiatura alla scadenza del periodo autorizzato per la visione oppure prima, a giudizio insindacabile della Vs. Azienda. In questo senso la nostra Azienda si impegna a trasmettere alla D.M.O. e alla U.O.S.D. Ingegneria Clinica copia di una bolla di uscita dell'apparecchiatura, rilasciata dal magazzino del PO di Rieti;
- La nostra Azienda solleva la vs. Azienda da ogni tipo di responsabilità, per danni verso operatori – pazienti e terzi causati dal malfunzionamento dell'apparecchiatura;
- La sanificazione e il ricondizionamento dell'apparecchiatura, sia all'inizio che al termine della visione, ove necessario, è a carico della ns. Azienda.

Si allega l'allegato 1 con il parere favorevole del Responsabile della U.O. \_\_\_\_\_, Dott. \_\_\_\_\_

Cordiali saluti  
 Luogo e data, \_\_\_\_\_

Rappresentante Legale  
 \_\_\_\_\_