

DICHIARAZIONE DEL FABBRICANTE

(DICHIARAZIONE DI CONFORMITA')

IL FABBRICANTE

Iscrizione Sanità N. RI Sost. PG 94948

R.I. di PERUGIA N° 94948

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA ESCLUSIVA RESPONSABILITA'
CHE IL DISPOSITIVO MEDICO CON DATI DI IDENTIFICAZIONE

PROTESI PROVVISORIA

E' STATO FABBRICATO PER IL SIG./RA

ED E' PERTANTO DESTINATO ESCLUSIVAMENTE A QUEST'ULTIMO.

SI DICHIARA INOLTRE CHE IL DISPOSITIVO FORNITO CORRISPONDE ALLE SPECIFICHE
ESPRESSE NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO/ODONTOIATRA

Cognome e Nome:

Studio Richiedente:

IL DISPOSITIVO SU MISURA OGGETTO DI QUESTA DICHIARAZIONE E' CONFORME
AI REQUISITI ESSENZIALI ENUNCIATI ALL'ALLEGATO I E AI DISPOSTI
DELL'ALLEGATO VIII DELLA DIRETTIVA 93/42/CEE.

Specificare gli eventuali rischi non
eliminabili e le relative motivazioni

Luogo e data:

FIRMA DEL FABBRICANTE
(o legale rappresentante)

Dispositivo Medico ad uso Odontoiatrico (dati identificativi)

PROTESI PROVVISORIA FISSA ARMATA

FABBRICATO DAL LABORATORIO ODONTOTECNICO

N. Iscr. Sanità RI Sost. PG 94948 R.I. di PERUGIA N° 94948

COD. LAVORO - CONSEGNA:

PRESCRITTO DA:

PER IL SIG.:

INSTALLARE ENTRO: **30 gg DA DATA DI CONSEGNA DISPOSITIVO SU MISURA
IN CONFEZIONE NON STERILE**

Manipolare con cura, conservare al riparo da fonti di calore e in luogo
asciutto, non sterilizzare a caldo.

Istruzioni allegate