



Allegato A)

Napoli, _____

Prot. n. _____

Al Servizio Ingegneria Clinica, Tecnologie Sanitarie e
HTA

email: ingegneriaclinica.aou@unina.it

**OGGETTO: Modulo di richiesta autorizzazione detenzione in prova di apparecchiatura
biomedica**

Si richiede l'autorizzazione della detenzione in prova dell'apparecchiatura biomedica dalla
seguente denominazione _____

modello _____ casa costruttrice _____

per una durata di _____ per le esigenze del DAI/U.O.C. di _____

La detta detenzione è senza oneri economici diretti e/o indiretti a carico di questa A.O.U., alle
condizioni tutte della Disposizione n. 18 dell'11.02.2008. In particolare la società fornitrice accetta
che:

1. tutte le spese di trasporto siano a suo completo carico;
2. al termine del periodo di detenzione provvederà al ritiro dello strumento;
3. la durata di detta detenzione non sia superiore a 3 mesi;
4. non pretenderà nulla nel caso in cui la messa a disposizione dello strumento si prolunghi
senza una manifesta volontà di questa A.O.U. di voler detenere il bene a proprie spese;
5. le spese per tutto quanto occorrente per l'utilizzazione dello strumento in prova siano a
suo completo carico, che si impegna a far recapitare a propria cura quanto richiesto dal
Direttore del DAI per l'intero periodo della detenzione e senza limitazione di quantità;
6. le spese per la manutenzione ordinaria e straordinaria siano a suo completo carico
esclusivo per l'intero periodo della detenzione.

Il collaudo "provvisorio" dell'apparecchiatura verrà effettuato all'atto di consegna del bene,
secondo la modulistica predisposta dal Servizio di Ingegneria Clinica dell'A.O.U..

Si allega alla presente:

1. comunicazione di accettazione delle condizioni aziendali da parte della Società per
la fornitura di apparecchiature biomediche a titolo di detenzione in prova;
2. copia conforme certificato CE.

Si comunica, infine, che copia pdf del manuale d'uso e di manutenzione, ai fini dell'autorizzazione della detta detenzione e preliminarmente al collaudo provvisorio dell'apparecchiatura biomedica, verrà inviato in formato pdf all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica.aou@unina.it.

Il Direttore del DAI (o delegato)
(con timbro e firma)

Cognome e Nome
(stampatello)

FIRMA
