



ALLEGATO B.2

REGIONE BASILICATA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA
VIA TORRACA, 2 -85100 POTENZA
DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' NORMATIVA
resa ai sensi del D.p.R. 28 dicembre 2000, n. 455

APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI ED ATTREZZATURE

Il sottoscritto.....

in qualità di della Ditta

con sede in Via CAP

DICHIARA

sotto la propria responsabilità che le apparecchiature/sistemi sottoindicati, oggetto di:

☐ offerta n° del/...../.....

☐

TIPOLOGIA, PRODUTTORE (PRIMO; EFFETTIVO), MODELLO, CODICE CIVAB, ANNO DI IMMISSIONE
SUL MERCATO NAZIONALE

1.

2.
.....

3.

4.

☐ OFFERTE

☐ FORNITE

**SONO CONFORMI AI REQUISITI ESSENZIALI DI SICUREZZA PREVISTI DALLE DIRETTIVE
COMUNITARIE (E DOTATE DEL RELATIVO MARCHIO CE) E/O ALLE NORME TECNICHE
SPECIFICATE NELLA TABELLA RIPORTATA A PAGINA 2 DEL PRESENTE DOCUMENTO.**

Inoltre, in caso di aggiudicazione, si impegna a fornire:

☐ **A)** Manuali per operatore originali con traduzione in italiano, anche sintetica, se redatti in
lingua straniera (2 copie)

☐ **B)** Manuali originali di assistenza tecnica

☐ **C)** Schemi elettrici e funzionali

Alle seguenti condizioni:

☐ Senza alcun onere aggiuntivo per l'Azienda Sanitaria Locale

☐ Su ordine specifico dell'Azienda Sanitaria Locale, dietro opportuno pagamento
specificato in offerta per le voci B, C

Segue >>>



ALLEGATO B.2 pag. 2 di 2

1	NOME IDENTIFICATIVO DEL MODELLO >	
<input type="checkbox"/>	Direttiva 93/42/CEE > Dispositivi Medici	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva 98/79/CE > Dispositivi medico-diagnostici in vitro	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva 89/392/CEE > Macchine	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva 89/336/CEE > Compatibilità Elettromagnetica	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva > ...	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Norme tecniche (CEI, UNI...) >	
<input type="checkbox"/>	Marchi di qualità >	

2	NOME IDENTIFICATIVO DEL MODELLO >	
<input type="checkbox"/>	Direttiva 93/42/CEE > Dispositivi Medici	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva 98/79/CE > Dispositivi medico-diagnostici in vitro	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva 89/392/CEE > Macchine	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva 89/336/CEE > Compatibilità Elettromagnetica	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Direttiva > ...	presenza di marchio CE sull'apparecchiatura/macchina <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
<input type="checkbox"/>	Norme tecniche (CEI, UNI...) >	
<input type="checkbox"/>	Marchi di qualità >	

A conferma di quanto sopra dichiarato si allega:

- ☐
- ☐
- ☐

DATA _____

**TIMBRO E FIRMA (a)
(Legale Rappresentante)**

(a) firma per esteso e leggibile.

Ai sensi dell'articolo 45 del D.p.R. 445/2000, in luogo dell'autenticazione della sottoscrizione, allegare copia fotostatica del documento di riconoscimento del dichiarante, in corso di validità.