

n. pos. programma: _____

lettera d'invito prot. n. _____

fax: ++39.0474586000

Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Compensorio Sanitario di Brunico
Ripartizione economato provveditorato
Via Ospedale, 11

I - 39031 Brunico (BZ)

Richiesta autorizzazione all'ingresso di apparecchiatura biomedica ¹

Il sottoscritto, in qualità di,
abilitato ad impegnare la ditta (nome della ditta),
(Tel.) (Fax) (Email)
(part. IVA) (cod. fiscale) con domicilio legale
in (indirizzo completo con località e cap)
.....
e direzione commerciale in (indirizzo completo con località e cap)
.....

c h i e d e

di fornire a titolo di "conto visione" per il periodo ² _____ presso il reparto / servizio di
_____ la / le seguente/i apparecchiatura/e con accessori alle condizioni
sotto elencate:

tipologia/modello: _____

produttore: _____

1. La consegna ed il ritiro avverranno a cura e spese della ditta fornitrice.
2. Il Compensorio Sanitario non si impegna in alcuna maniera all'acquisto di tale apparecchiatura.
3. L'apparecchio deve corrispondere a tutte le norme di sicurezza e deve essere conforme alla normativa CE 93/42 (ad esclusione delle apparecchiature per laboratorio).
4. Tutti i rischi derivanti dall'uso dell'apparecchiatura, ivi compreso il furto, l'incendio e la rottura, nonché la responsabilità per eventuali danni a pazienti e/o operatori sono a carico della ditta fornitrice.
5. La ditta fornitrice si impegna ad eseguire tutte le operazioni di manutenzione e riparazione dell'apparecchiatura senza alcun obbligo o corrispettivo.
6. L'eventuale materiale di consumo per effettuare le prove dovrà essere fornito a titolo gratuito.

Il / La sottoscritto/a

Data

(1) L'apparecchiatura deve essere fornita dopo lo svolgimento della seduta contrattuale delle offerte economiche.
(2) Si prega di concordare il periodo con il responsabile del reparto / servizio interessato.