

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ ALLA NORMATIVA 93/42/CEE e s.m.i.

Compilare il presente allegato per tutti e soli i dispositivi medici offerti, nella voce relativa, della gara in oggetto.

Il sottoscritto in qualità di legale rappresentante della Società:

Ragione Sociale:

Città:(Provincia o Stato):

Indirizzo:

Tel: Fax: e-mail

DICHIARA:

la conformità alla Direttiva Europea 93/42/CEE e s.m.i.. per tutti i dispositivi medici offerti per la voce n.: e fornisce, per gli stessi, mediante la compilazione della sottostante tabella le seguenti informazioni:

- . la denominazione del Fabbricante;
- . la descrizione commerciale
- . la data di immissione in commercio

e, ove disponibili:

- . il numero progressivo attribuito dal sistema di registrazione della Banca Dati / Repertorio dei Dispositivi Medici (BD/RDM)¹;
- . l'adempimento di comunicazione ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 46/97, di seguito "notifica" (sì/no);
- . il codice della Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici (CND).

Fabbricante	Descrizione commerciale	Numero progressivo di iscrizione in BD/RDM del Ministero della Salute	Data di immissione in commercio	Adempimento di notifica ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 46/97 (Si / No)	Codice CND
Obbligatorio	Obbligatorio	Se disponibile	Obbligatorio	Se disponibile	Se disponibile

(Timbro e firma del legale rappresentante della Ditta)