

## Scheda di Accettazione e Collaudo Apparecchiature Elettromedicali

Informazioni di Acquisto:	
Riferimento Ordine:	
Tipologia Fornitura:	
Costo di Acquisto:	
Durata Garanzia:	

Ubicazione dell'apparecchio:	
Edificio / Struttura:	
U.O. / Servizio:	
Piano:	
Stanza:	

Identificazione dell'apparecchio:	
Tipologia:	
Costruttore - Fornitore:	
Modello:	
<b>Serial Number:</b>	

Identificazione accessori (se presenti):	
1) Tipologia Accessorio:	
Costruttore - Fornitore:	
Modello:	
Matricola - Codice :	
2) Tipologia Accessorio:	
Costruttore - Fornitore:	
Modello:	
Matricola - Codice :	
3) Tipologia Accessorio:	
Costruttore - Fornitore:	
Modello:	
Matricola - Codice :	

**Prove di Accettazione:**

Verifica imballaggio.	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Verifica della corrispondenza a quanto indicato nell'ordine di acquisto.	Positivo [ ]; Negativo [ ];
Controllo visivo per evidenti danni esterni.	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Esistenza del Manuale d'Uso.	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Esistenza del Manuale di Manutenzione con eventuali allegati tecnici.	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Verifica dei Dati di Targa	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Esistenza della Dichiarazione di Conformità	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Presenza di marcatura CE	Positivo [ ]; Negativo [ ]; NonApplicabile [ ];
Classificazione	I [ ]; II [ ]; II b [ ]; III [ ]; NonApplicabile [ ];
Conforme ad altre Direttive e Norme:	Se si, specificare:
Altro:	

**Verifiche di Sicurezza Elettrica (IEC62-353 / CEI 66-5):**

Allegare copia All.2 – Verifica Sicurezza Elettrica

Riferim. Doc.- Verifica Sicurezza Elettrica	Allegato 2:
Verifica Eseguita in Data:	___ / ___ / ___
Esito della Verifica:	Positivo [ ]; Negativo [ ];
Note	

**Per Accettazione ed Installazione:**

luogo e data: \_\_\_\_\_

firma del Tecnico della Società Fornitrice

firma del personale Serv. Ing. Clinica

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Verifiche Funzionali**

Verifiche funzionali effettuate secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso.  
Alla presenza dei sottoindicati firmatari, si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura indicata, che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. Apparecchio perfettamente funzionante:	<b>Positivo [ ] ; Negativo [ ] ;</b>
2. Idoneo all'uso previsto	<b>Positivo [ ] ; Negativo [ ] ;</b>
3. Formaz. e Addestramento del personale (Copia di Alleg.3 – Formaz. E Addestram.)	<b>Positivo [ ] ; Negativo [ ] ;</b>
4. Ricevuti i manuali d'uso.	<b>Positivo [ ] ; Negativo [ ] ;</b>

**Esito Collaudo di accettazione (tecnico-amministrativa)**

Accettato;       Non Accettato;       Sospeso;       Accettato con riserva

**Note:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

firma del Tecnico della Società Fornitrice

\_\_\_\_\_

firma del Responsabile Struttura

\_\_\_\_\_

firma del personale Serv. Ing. Clinica

\_\_\_\_\_