



RICHIESTA PREVENTIVO

PER LA VERIFICA PERIODICA DELLE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI AI SENSI DELLA NORMA CEI EN 62354

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____			
della ditta _____			
Indirizzo _____		CAP _____	comune _____ prov. _____
P.IVA _____		Cod. Fisc. _____	
telefono _____		Fax _____	
email _____		PEC _____	
attività azienda _____			

RICHIESTE PREVENTIVO

a **V.E.M. S.r.l.**, società abilitata dal Ministero dello Sviluppo Economico come Organismo di Ispezione di tipo A, per l'esecuzione delle verifiche sulle apparecchiature elettromedicali, ai sensi della Norma CEI EN 62354, presso il seguente sito:

Ragione sociale _____			
Indirizzo _____		CAP _____	comune _____ prov. _____
Attività svolta _____			

Le apparecchiature elettromedicali presenti sono:

NOME APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE	TIPOLOGIA	LUOGO DI UTILIZZO
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro



NOME APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE	TIPOLOGIA	LUOGO DI UTILIZZO
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro
	<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Locali di chirurgia, sorveglianza o terapia intensiva, anestesia, cataterismo cardiaco, per esame angiografico o emodinamico <input type="checkbox"/> Altro



Al fine di ricevere una corretta quotazione dell'offerta, qualora fosse possibile, allegare al seguente modulo quanto di seguito indicato:

- Censimento, così come richiesto dall'Organo di Vigilanza ASL, di tutte le apparecchiature elettromedicali;
- Manuale d'uso di ogni apparecchiatura elettromedicale.