	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta Prova-visione	All. 1 PA.DS .01	n. 0	1 di 2

PROPOSTA DI PROVA-VISIONE

(Compilazione a cura della Ditta fornitrice)


La Dittacon sede in
 Via/piazza.....n.....C.F./P.IVA.....
 Rappresentata dal Sig.....nato a.....il.....
 (C.F.....), in qualità di.....della stessa Ditta
 dichiara la propria disponibilità a consegnare in prova-visione per un periodo digiorni,
 al Dott. della S.O.C./S.O.S.....dell'Azienda USL
 Toscana Centro, il seguente bene.....
 CND.....
 RDM.....
 CLASSE in rif. 93/42/CEE
 con destinazione d'uso.....
 Fabbricante.....REF/Modello.....

ACCESSORI E/O BENI DI CONSUMO (IN CASO DI APPARECCHIATURE)

REF/Modello	Descrizione

Dichiara altresì, assumendosi ogni conseguente responsabilità:

1. che il bene fornito in prova-visione è conforme alla normativa vigente a livello europeo e nazionale in materia di sicurezza,
2. di aver **preso visione** di quanto previsto dalla **Procedura** per i beni in prova-visione e campionatura della Azienda USL Toscana Centro e di attenersi alle sue disposizioni,
3. di essere consapevole che l'accettazione in prova-visione del bene da parte dell'Azienda USL TC non sottintende alcun impegno o promessa della medesima a farne acquisto, presente o futuro,
4. l'impegno a sostenere in proprio, durante il periodo di prova-visione, qualsiasi spesa necessaria al funzionamento del bene, ivi compreso l'uso eventuale **di prodotti monouso** e consumabili vari e dispositivi di protezione individuale aggiuntivi,
5. che il **trasporto, la consegna e** -in caso di apparecchiature - **l'installazione, la messa a punto, il collaudo**) e quant'altro necessario per rendere funzionale l'Apparecchio elettromedicale saranno a proprie spese,
6. d'installare le apparecchiature in oggetto a perfetta regola d'arte dopo aver valutato tutte le condizioni ambientali che possono influire sulla funzionalità e sicurezza con speciale riguardo alle possibili interferenze con altre apparecchiature utilizzate in contemporanea
7. che per tutta la durata della prova-visione provvederà, a propria cura e spese, a garantire **l'assistenza completa** al bene, ai fini del funzionamento, da effettuarsi a mezzo di tecnici di propria fiducia; sono a carico della ditta stessa le spese relative alla **manutenzione** ordinaria e straordinaria del bene,

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Proposta Prova-visione	All. 1 PA.DS .01	n. 0	2 di 2

8. che al termine del periodo di prova-visione provvederà a ritirare il bene (se applicabile) a propria cura e spese ed inoltre - sempre direttamente e a suo carico - curerà anche le operazioni di disinstallazione e di ripristino delle condizioni originarie nei locali dei presidi dell'Azienda USL TC in cui sarà fatto uso del bene,
9. l'impegno a ritenere indenne l'Azienda USL TC da qualsiasi conseguenza o onere derivante dai danni di ogni genere eventualmente provocati o subiti dal bene durante il periodo di prova-visione.
10. di esonerare l'Azienda USL TC da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dall'utilizzo del bene durante tutto il periodo in cui lo stesso rimane nella sua disponibilità,
11. di stipulare idonea **polizza** assicurativa e di infortunio contro i rischi di responsabilità civile verso terzi (**RC Prodotto e RC Terzi**) che copre tutti Dispositivi Medici proposti in prova/visone o in campionatura,
12. che si farà carico dell'**addestramento** del personale dell'Azienda USL TC e della supervisione sul corretto utilizzo del bene e che provvederà a **formare** il personale alle necessarie operazioni di manutenzione di primo livello, calibrazione/taratura e controllo degli allarmi,
13. che documenterà la formazione effettuata (se ritenuta necessaria dal medico richiedente) consapevole che questa sarà vincolante per l'esito positivo del controllo di accettazione delle TS di Estar.
14. di aver **visionato i locali** e gli impianti nei quali sarà ubicato l'Apparecchio elettromedicale e riscontrato che sono **idonei all'uso** dello stesso e di aver acquisito le informazioni necessarie relative alle attività svolte di prassi nei medesimi locali rilevando che non sussistono principi di incompatibilità,
15. che il bene non utilizza o produce **sostanze nocive** (così come da D.Lgs. 145 del 28 Luglio 2008); in caso contrario si impegna a segnalarlo ed allegare documentazione tecnica e schede di rischio specifiche per ogni prodotto nocivo,
16. che l'Apparecchio elettromedicale non emette **Radiazioni** Ottiche Artificiali (coerenti e non); in caso contrario si impegna a segnalarlo ed allegare specifica documentazione tecnica,
17. che, anche alla luce delle informazioni acquisite in fase di sopralluogo, l'utilizzo del bene non richiede l'utilizzo di **Dispositivi di Protezione Individuale** o collettiva aggiuntivi rispetto a quelli in dotazione. In caso contrario si impegna a segnalarlo e ad allegare specifica documentazione tecnica."
18. che il bene non richiede di essere **sterilizzato**; in caso contrario si impegna a segnalarlo e allegare specifica documentazione tecnica che descrive le modalità di sterilizzazione; questo vale anche per le modalità di **disinfezione** delle parti riutilizzabili.
19. che l'apparecchio portato in prova è di **sua proprietà**
20. **Il valore del bene** IVA esclusa è: _____

e allega:

- I. Polizza assicurativa
- II. Dichiarazione di conformità e Certificazione CE secondo le Direttive pertinenti
- III. Schede tecniche
- IV. Manuale utente in italiano
- V. Modalità di sterilizzazione e disinfezione delle parti riutilizzabili (se applicabile)
- VI. Elenco componenti ed accessori del sistema così come sarà portato in prova-visione (se applicabile).
- VII. Relazione progettuale d'installazione ai fini della valutazione di accettazione da TS di Estar che specifichi: modalità di utilizzo, eventuali possibili interferenze con altri apparecchi usati in contemporanea e relativi provvedimenti tecnici a garanzia della funzionalità e sicurezza.

Luogo e data

timbro e firma della ditta
