

Warszawa, dnia .....

**WNIOSEK O WYDZIERŻAWIENIE/TESTOWANIE/ TYMCZASOWE  
UŻYTKOWANIE SPRZĘTU MEDYCZNEGO**

W związku z planowanym dzierżawieniem/testowaniem/tymczasowym użytkowaniem urządzenia medycznego na terenie Instytutu Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher, z siedzibą przy ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, komórka organizacyjna

.....

która będzie pełnić funkcję komórki organizacyjnej odpowiedzialnej za urządzenie medyczne zgłasza informacje na temat urządzenia medycznego:

nazwa urządzenia: .....,

typ urządzenia:.....,

model urządzenia:.....,

rok produkcji:.....,

producent: .....,

numer seryjny: .....,

klasa urządzenia: .....,

kraj pochodzenia: .....,

nazwa i adres dostawcy: .....,

okres dzierżawy/testowania/tymczasowego użytkowania .....,

adres, fax, telefon, email autoryzowanego serwisu na terenie Polski: .....

.....

.....,  
.....,  
adres, fax, telefon, email drugiego autoryzowanego serwisu na terenie Polski: .....

.....,  
.....,  
.....,  
Ponadto dostawca sprzętu medycznego dostarczy wraz z urządzeniem medycznym dokumentację dotyczącą sprzętu medycznego:

- certyfikaty CE,
- warunki gwarancji/serwisowania urządzenia medycznego,
- dokumenty potwierdzające dopuszczenie do obrotu i stosowania zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych,
- instrukcję obsługi w j. polskim,
- dokument potwierdzony przez autoryzowany serwis o stanie technicznym urządzenia medycznego dopuszczonego do eksploatacji,
- paszport techniczny uzupełniony we wszystkie dane dotyczące urządzenia medycznego,
- pełną dokumentację techniczno-rozruchową,
- protokół instalacji i uruchomienia,
- protokół odbioru,
- protokół szkolenia personelu wraz z listą osób potwierdzających odbyte szkolenia.

Akceptuję

.....  
Dyrektor Instytutu

.....  
data i podpis Kierownika  
komórki organizacyjnej