



**Elettronica  
Bio Medica** srl  
a company of TBS Group

Via F. Bellini, 13  
06034 FOLIGNO (Pg)  
Tel. 0742/32861  
Fax 0742/328632  
www.ebm.it  
info@ebm.it

Cliente:

ASL 5 ORISTANO

15062/co

Data 06/11/14

# VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

## PREMESSO

Che con ordine/delibera n° PROT. PG /2014/68653 del 20/10/14 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta OLYMPUS ITALIA SRL la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
4709	OLYMPUS	VIDEO GASTROSCOPIO	GIF H185	2400779
Allegato n° <u>01</u> alla deliberazione N° <u>del</u> Composto di n° <u>17</u> fogli				
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO ENDOSCOPIA DIGESTIVA presso la Struttura: P.O. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 28/10/14 con bolla nr. 72988548 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 6/11/14 presso ASL 5 ORISTANO sono convenuti i signori:

CLAUDIO ROSSI Incaricato ING. CLINICA;  
CARLO MAGNO Incaricato DITTA FORNITRICE;  
Dr. G. CANFORA Incaricato ASL 5;  
Incaricato \_\_\_\_\_

I comparenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

## CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

## CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note IL PROTOCOLLO 68653 E' UNA INTEGRAZIONE DEL PROT. 68637 (17/10/14) E DELIBERA  
N° 803 DEL 14/10/14

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Signature]

Il Consegnatario del bene [Signature]

Il referente Amm.vo dell'Azienda \_\_\_\_\_

Il Responsabile della ditta fornitrice [Signature]

## In Allegato:

- ☒ Certificati installazione ditta fornitrice
- ☒ Scheda di verifica e collaudo
- ☒ Attestato di formazione rilasciato al personale
- ☐ Verbale di presa in carico beni mobili
- ☐ Altro







**Electronica  
Bio Medica** srl  
a company of TBS Group

Via F. Bellini, 13  
06034 FOLIGNO (Pg)  
Tel. 0742/32661  
Fax 0742/326632  
www.ebm.it  
info@ebm.it

Cliente:

ASL 5 OMISTANO

15068/co

Data 3/12/14

# VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

## PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 803 del 14/10/14 la ASL 5 OMISTANO, ha affidato alla Ditta OLYMPUS ITALIA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
4730	OLYMPUS	VIDEOPROCESSORE	CV-190	7407760
4731	OLYMPUS	FOONTE LUCE	CLV-190	7456387
4732	OLYMPUS	MONITOR	OEV262H	7415620
4733	OLYMPUS	VIDEOGASTROSCOPIO	GIF-Q165	2419087

## Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMBUAT. ENDOSCOPIA presso la Struttura: P.O. MASTINO BOA

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 19/11/14 con bolla nr. 23094938 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/e di cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 3/12/14 presso AMB. ENDOSCOPIA BOA sono convenuti i signori:

SANDRA ARMONTAS Incaricato IN G. CLINICA  
EFISIO CANDUS Incaricato DITTA FORNITRICE  
ALESSA CHIESA Incaricato ASL 5

Incaricato \_\_\_\_\_

I componenti, d'atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

## CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

## CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note \_\_\_\_\_

I dati, confermati e sottoscritti, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl Sandra Armontas  
 Il Consegnatario del bene Heurline  
 Il referente Amm.vo dell'Azienda \_\_\_\_\_  
 Il Responsabile della ditta fornitrice EFISIO CANDUS

## In Allegato:

- ☐ Certificati Installazione ditta fornitrice
- ☒ Scheda di verifica e collaudo
- ☒ Attestato di formazione rilasciato al personale
- ☐ Verbale di presa in carico beni mobili
- ☐ Altro



**Elettronica  
Bio Medica** srl  
a company of TBS Group

Via F. Battini, 13  
06034 FOLIGNO (Pg)  
Tel. 0742/32861  
Fax 0742/328632  
www.ebm.it  
info@ebm.it

Cliente:

ASL 5 ORISTANO

15064/co

Data 01/12/14

# VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

## PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 803 del 14/10/2014 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta OLYMPUS ITALIA SRL la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4723</u>	<u>OLYMPUS</u>	<u>VIDEOENDOSCOPIO</u>	<u>TIF-Q180V</u>	<u>24 05664</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO ENDOSCOPIA DIGESTIVA presso la Struttura: OSP. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 14/11/14 con bolla nr. 23048457 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/e di cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 01/12/14 presso ENDOSCOPIA DIGESTIVA sono convenuti i signori:

SAVANNA DEMUNTAS Incaricato ING. CLINICA;

GIUSO CAROLUS Incaricato DITTA FORNITRICE;

M. LAURA CARFORA Incaricato ASL 5;

Incaricato \_\_\_\_\_;

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

## CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

## CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl Savanna Demuntis

Il Consegnatario del bene Giuse Carolus

Il referente Amm.vo dell'Azienda \_\_\_\_\_

Il Responsabile della ditta fornitrice Giuse Carolus

## In Allegato:

- ☒ Certificati Installazione ditta fornitrice
- ☒ Scheda di verifica e collaudo
- ☒ Attestato di formazione rilasciato al personale
- ☐ Verbale di presa in carico beni mobili
- ☐ Altro



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <b>CARLO MAGNO</b>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <b>OLYMPUS ITALIA</b>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: <b>A.S.L. N° 5 ORISTANO</b>		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. **GIF H185** numero di serie **240779** numero di installazione **4709**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO NOVEMBRE 2015
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO NOVEMBRE 2015
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO NOVEMBRE 2015
Verifica di sicurezza elettrica	/
Verifica di sicurezza elettrica	/

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore  
(firma)

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <b>EFISIO CANDUS</b>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <b>OLYMPUS DITTA</b>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: <b>A.S.L. N° 5 ORISTANO</b>		
con Sede in Oristano		Provincia Oristano
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. **TJF-Q180V** numero di serie **24 05664** numero di installazione **4723**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO DICEMBRE 2015
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO DICEMBRE 2015
CONTROLLO FUNZIONALE	—
CONTROLLO FUNZIONALE	—
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO DICEMBRE 2015
Verifica di sicurezza elettrica	—
Verifica di sicurezza elettrica	—

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore  
(firma)

*EFISIO CANDUS*

l'Amministrazione Contraente  
Azienda (impronta e firma) Oristano  
P.O. S. Martino  
U.O. di Endoscopia Digestiva  
Specialista in Gastroenterologia  
Dr.ssa Maria Laura Canfora  
Tel. 335 8416745



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <u>EFISIO CARDUS</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>OLYMPUS ITALIA</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: <b>A.S.L. N° 5 ORISTANO</b>		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. GIF-A/65 numero di serie 2A19084 numero di installazione 4724

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO DICEMBRE 2015
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO DICEMBRE 2015
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO DICEMBRE 2015
Verifica di sicurezza elettrica	/
Verifica di sicurezza elettrica	/

La Ditta Dichiaro che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore  
(firma)

EFISIO CARDUS

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

[Firma]



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <b>EFISIO CANAUS</b>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <b>OLYMPUS ITALIA</b>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: <b>A.S.L. N° 5 ORISTANO</b>		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. **CV190 - CLV190 - G1FQ165** numero di serie **7407700 - 7456387 - 7419087** numero di installazione **4730 - 4731 - 4733**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO DICEMBRE 2015
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO DICEMBRE 2015
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO DICEMBRE 2015
Verifica di sicurezza elettrica	/
Verifica di sicurezza elettrica	/

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore  
(firma)

*Effisio Canaus*

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

*[Firma]*





ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto	Dott. SSA CANFORA
In qualità di Responsabile del Servizio di	ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di VIDEOGASTROSCOPIO GIF H185 al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da:

Docente del Corso	CARLO MAGNO
In qualità di	DELEGATO
della Ditta	OLYMPUS ITALIA

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

28/2/2014

COLLAUDO OLYMPUS RELATIVO ALLA DELIBERA 771 DEL 3/10/11.

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta OLYMPUS ITALIA (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore  
(firma)

L'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto	M. L. CANFORA
In qualità di Responsabile del Servizio di	ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di VIDEOENDOSCOPIO TIF - Q 180 V al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da:

Docente del Corso	EFISIO CANAUS
In qualità di	DELEGATO
della Ditta	OLYMPUS ITALIA

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

28/02/14

COLLAUDO OLYMPUS RELATIVO ALLA DECISIONE 771 DEL 3/10,  
dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in  
offerta dalla Ditta OLYMPUS ITALIA vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore  
(firma)

Episio Canaus

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano  
P.O. S. Martino  
U.O. di Endoscopia Digestiva  
Specialista in Gastroenterologia  
Dott. Maria Laura Canfora  
Tel. 0785/441743



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto	Dot. SSA GREGU
In qualità di Responsabile del Servizio di	ENDOSCOPIA GILLOZZI

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di VINGO GASTROSCOPIO GIF-Q165 S.N. 2413084 al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da:

Docente del Corso	EFISIO CORDAS
In qualità di	INCOMCATO
della Ditta	OLYMPUS ITALIA

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

02/12/2014

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta OLYMPUS ITALIA (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore  
(firma)

Efisis Cordas

L'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

[illegible]





ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	Dot. SSA CHESSE
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMBULAT. ENDOSCOPIA ROSA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di ENDOSCOPES - FONTE GIE - VIDEOGASTROSCOPIO al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da:

Docente del Corso	EFBW CANALS - CARLO MACRO
In qualità di	INCAICATO
della Ditta	OLYMPUS ITALIA

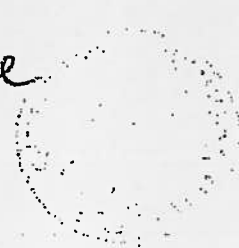
Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

3/12/14

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta OLYMPUS ITALIA vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore  
(firma)

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)



[illegible]

# DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ (MDD)

# OLYMPUS

1. Produttore OLYMPUS MEDICAL SYSTEMS CORP.
2. Indirizzo 2951 Ishikawa-cho, Hachioji-shi, Tokyo 192-8507 Giappone
3. Modello OLYMPUS GIF TIPO Q165
4. Nome del prodotto VIDEOSCOPIO GASTROINTESTINALE EVIS EXERA II
5. N. di serie o di lotto da 2500010 a
6. Classificazione Classe IIa
7. Rappresentanti autorizzati nell'UE
- ☒ Nome Olympus Europa Holding GmbH  
Indirizzo Wendenstr. 14-18 20097 Amburgo, Germania

Con la presente si dichiara che il summenzionato prodotto è conforme alle disposizioni della Direttiva CE 93/42/CEE (MDD).

La presente dichiarazione si basa su: MDD, Allegato II

8. Certificazione del sistema di qualità: Rilasciata da  
TÜV Rheinland LGA Products GmbH (0197)
- Luogo 2951 Ishikawa-cho, Hachioji-shi, Tokyo, Giappone
- Firma (firma)
- Nome Seiya Raiju
- Qualifica Responsabile  
Reparto Conformità Normative e Garanzia di Qualità
- Data 07/05/2010(gg.mm.aaaa)

[N-OIS D28001 Appendice 3]  
Revisione 1: 07/05/2010(gg.mm.aaaa)

Trasdotto da Lorianca Fondrini  
in data 14/06/2010

*Lorianca Fondrini*



# DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ (MDD)

# OLYMPUS

1. Produttore OLYMPUS MEDICAL SYSTEMS CORP.

2. Indirizzo 2951 Ishikawa-cho, Hachioji-shi, Tokyo 192-8507 Giappone

3. Modello OLYMPUS CLV-190

4. Nome del prodotto SORGENTE LUMINOSA ALLO XENO EVIS EXERA III

5. N. di serie o di lotto da 7100116 a

6. Classificazione Classe IIa

7. Rappresentante autorizzato nell'UE

■ Nome Olympus Europa Holding GmbH  
Indirizzo Wendenstr. 14-18 20097 Amburgo, Germania

Con la presente si dichiara che il summenzionato prodotto è conforme alle disposizioni della Direttiva CE 93/42/CEE (MDD) sotto la nostra esclusiva responsabilità di legali produttori. La presente Dichiarazione di Conformità è valida per i dispositivi con il numero di serie/lotto sopra riportato.

La presente dichiarazione si basa su: MDD, Allegato II.3

8. Approvazione da parte dell'ente notificato:

Rilasciata da	TÜV Rheinland LGA Products GmbH (0197)
Indirizzo	Tillystrasse 2, D-90431 Norimberga, Germania

9. Standard applicati

Per il prodotto sopra citato fare riferimento all'Elenco dei Requisiti Essenziali

Luogo 2951 Ishikawa-cho, Hachioji-shi, Tokyo, Giappone

Firma (firma)

Nome Seiya Raiju

Qualifica Responsabile  
Reparto Conformità Normative e Garanzia di Qualità

Data 21/12/2011



[N-OIS D28001 Appendice 3]

Tradotto da Agostina Karen Gammarota  
In data 07/03/2012



# DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ (MDD)

# OLYMPUS

1. Produttore OLYMPUS MEDICAL SYSTEMS CORP.
2. Indirizzo 2951 Ishikawa-cho, Hachioji-shi, Tokyo 192-8507 Giappone
3. Modello OLYMPUS CV-190
4. Nome del prodotto CENTRO SISTEMA VIDEO EVIS EXERA III
5. N. di serie o di lotto da 7100129 a
6. Classificazione Classe I
7. Rappresentante autorizzato nell'UE

■ Nome Olympus Europa Holding GmbH  
Indirizzo Wendenstr. 14-18 20097 Amburgo, Germania

Con la presente si dichiara che il summenzionato prodotto è conforme alle disposizioni della Direttiva CE 93/42/CEE (MDD) sotto la nostra esclusiva responsabilità di legali produttori. La presente Dichiarazione di Conformità è valida per i dispositivi con il numero di serie/lotto sopra riportato.

La presente dichiarazione si basa su: MDD, Allegato VII

8. Standard applicati

Per il prodotto sopra citato fare riferimento all'Elenco dei Requisiti Essenziali

Luogo 2951 Ishikawa-cho, Hachioji-shi, Tokyo, Giappone

Firma [Firma]

Nome Seiya Raiju

Qualifica Responsabile  
Reparto Conformità Normative e Garanzia di Qualità

Data 21/12/2011

[N-OIS D28001 Appendice 2]

Tradotto da Agostina Karen Gammarota  
In data 07/03/2012

*Agostina Karen Gammarota*



8601708

