

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' CE

relativamente ai prodotti identificati come:

DIRETTIVA
2007/47/CE

REF	POLTRONE RELAX - PRELIEVI - TERAPIA
PDT-xxx	
	POLTRONA RELAX PRELIEVI TERAPIA SENZA RUOTE
	POLTRONA RELAX PRELIEVI TERAPIA SU RUOTE
	CON RELATIVI ACCESSORI E PERSONALIZZAZIONI

Classificati come:

DISPOSITIVO MEDICO DI CLASSE I - Allegato VII (non sterile e senza funzioni di misura)

Il sottoscritto ***** , in qualità di legale rappresentante di ***** , con sede in ***** .
***** , Iscrizione Registro Imprese ***** , dichiara che i dispositivi descritti sono
conformi ai requisiti previsti dalla Direttiva 2007/47/CE recepita con Dlgs 37/2010, attuazione della
modifica alla 93/42/CE recepita con Dlg 46/97

Normativa tecnica di riferimento applicata:

UNI EN ISO 12182:2001

***** , ... data (*)

Legale Rappresentante

(*) **FACSIMILE**COPIA DOCUMENTI SPECIFICI
CONSERVATI PRESSO LA SEDE FABBRICANTE
DISPONIBILI SU RICHIESTA**FABBRICANTE****CONDIZIONI DI GARANZIA**

La presente garanzia copre in tutta Italia per la durata di 24 mesi dalla data di acquisto qualsiasi difetto relativo a progettazione, materiali, fabbricazione ed assemblaggio, escludendo da ogni garanzia i danni causati da usura, manomissione od uso improprio.

Il prodotto difettoso dovrà essere accompagnato da una copia delle presenti Condizioni di Garanzia unitamente ad un giustificativo a comprovare la data di acquisto e la Scheda ANALISI DIFETTOSITA' sottostante.

La garanzia decade in mancanza di comprovante data di acquisto, tentativi di riparazione non autorizzati, danni causati da eventi accidentali, non osservanza delle istruzioni od avvertenze riportate nel manuale d'uso.

ANALISI DIFETTOSITA PER EVENTUALE INOLTRO:**ARTICOLO REF:****AGGIUNTIVI****DIFETTO RISCONTRATO:****DITTA RICHIEDENTE****COMPROVANTE ACQUISTO**

Ai sensi della legge 196/2003 sulla privacy informiamo che i dati saranno utilizzati esclusivamente ai fini dell'assistenza tecnica