



WNIOSEK

Firma (nazwa i dane teleadresowe Wnioskodawcy)

zwraca się z prośbą o **UMOŻLIWIENIE DOKONANIA PREZENTACJI I TESTOWANIA**

w komórce organizacyjnej.....

Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu, ul.

Aleje Jana Pawła II 10 w terminie dzień.....godziny od.....do.....

Wnioskodawca oświadcza, że:

1. Przekazana do testowania aparatura medyczna jest jego własnością.
2. Testowana aparatura medyczna posiada deklarację zgodności UE o spełnieniu wymagań zasadniczych, certyfikat jednostki notyfikowanej zgodnie z ustawą o wyrobach medycznych z dnia 7 kwietnia 2022 roku.
3. Testowana aparatura medyczna jest dopuszczona do obrotu i wprowadzona do użytkowania na terenie Polski oraz posiada aktualne świadectwo sprawności.
4. Testowanie aparatury medycznej jest bezpłatne.
5. W dniu przekazania aparatury medycznej do testowania odbędzie się szkolenie użytkowników przez przedstawiciela Wnioskodawcy.

WNIOSKODAWCA

Wypełnia Szpital

Opinia Kierownika komórki organizacyjnej Szpitala, której działalności dotyczy spotkanie

Zamość, dnia.....

.....
podpis Kierownika komórki organizacyjnej

Opinia Kierownika Działu Aparatury Medycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala
Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Zamość, dnia

.....
podpis Kierownika Działu Aparatury Medycznej

Decyzja Dyrektora:

☐ wyrażam zgodę

☐ nie wyrażam zgody

Zamość, dnia

.....
podpis i pieczęć