

Inviare il presente documento compilato a:

**ASL TO4 - Servizio Ingegneria Clinica**  
Piazza Della Credenza, 2 - 10015 Ivrea  
fax. 0125.641516 -  
ingegneriaclinica.ivrea@aslto4.piemonte.it

**Spett. Regione Piemonte**  
**ASL TO4**

**c.a. Servizio Ingegneria Clinica**

**Richiesta di autorizzazione alla cessione in prova**

( obbligatoria per prove fuori gara )

Da utilizzare per cessioni in prova di: apparecchi e sistemi ad uso medico, da laboratorio, per produzione bioimmagini, elettrici per ufficio, per la tecnologia dell'informazione e macchine da lavoro in genere

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

per la Ditta \_\_\_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

e fax \_\_\_\_\_

in seguito ad accordi intercorsi con il Responsabile del  
Reparto/Servizio \_\_\_\_\_

Dott. \_\_\_\_\_

Richiede l'autorizzazione a cedere in prova presso il suddetto Reparto/Servizio, per un periodo (indicativo) di giorni \_\_\_\_\_ a partire dalla data (indicativa) del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ le seguenti apparecchiature:

per le seguenti ragioni:

Essendo stato informato che l'ASL TO 4 non effettuerà alcun controllo di corretta installazione, di sicurezza elettrica, di funzionalità sugli apparecchi consegnati, il sottoscritto dichiara:

- che le apparecchiature sopra elencate saranno installate e poste in funzione sotto la propria totale ed esclusiva responsabilità;
- che si assume, per tutta la durata del periodo di prova, ogni responsabilità per danni a cose e persone provocati dall'errato o mancato funzionamento delle apparecchiature sopra elencate;
- che solleva l'ASL TO 4 da ogni responsabilità per eventuali danni, smarrimenti, furti nei confronti dei beni sopracitati, durante il periodo di prova;
- di essere stato informato che la cessione in prova dei beni succitati non impegna in alcun modo l'ASL TO 4 ad una successiva acquisizione degli stessi;
- di impegnarsi ad effettuare la consegna delle apparecchiature sopra elencate direttamente presso il Reparto/Servizio utilizzatore senza transitare dai Magazzini ASL TO 4, salvo problemi tecnici insuperabili.

Il sottoscritto, informato che non verranno autorizzate prove in carenza delle condizioni sotto riportate, dichiara inoltre:

- che le apparecchiature in prova **non richiedono** particolari predisposizioni impiantistiche a carico dell'ASL TO4
- che le apparecchiature in prova **non richiedono** l'acquisto di materiali di consumo dedicati, a carico dell'ASL TO4, durante il periodo di prova
- prezzo non impegnativo di vendita per l'eventuale successiva fornitura dell'apparecchiatura: \_\_\_\_\_

**vedi offerta economica allegata**

**il Richiedente**

**Si autorizza**

\_\_\_\_\_ timbro e firma

\_\_\_\_\_ timbro e firma

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ data