Regione:
Provincia:
Città:
Azienda Sanitaria:
Indirizzo:

*** come indicato nell'Allegato A1 al presente Capitolato**
**** Costo di acquisto o valore di rinnovo (qualora non sia possibile individuare la documentazione di acquisto il valore della apparecchiatura è rappresentato dal valore di rinnovo, ossia dal costo di mercato e non di listino, di una apparecchiatura di livello tecnologico e prestazioni equivalenti).**
***** come da Direttiva dei dispositivi medici 46/97 e IVD**

Inventario	Numero di serie	Tipologia Apparecchiatura	Accessorio o componente	Reparto/Servizio di Appartenenza	Costruttore	Fornitore	Modello	Anno di Installazione	Codifica CIVAB	Codifica CND	Gruppo di Appartenenza*	Valore apparecchiatura (€)**	Classificazione***	Up-grade SW effettuati con anno di esecuzione	Up-grade HW effettuati con anno di esecuzione	Interventi importanti di Manutenzione Correttiva Subiti