

Spett.le

Studiotiesse soc. coop. a r.l.

Via Maiella s.n.c. c/o Theate Chenter

66100 Chieti (CH)

P.Iva e C.F.: 02527480699

Email: verifiche@stscoop.it

Pec: coopsts@pec.it

PRENOTAZIONE VERIFICA APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI (CEI EN 62353) ED AMBIENTI MEDICI (CEI 64-8 sez.710 e s.m.i. D.lgs. 81/08 art.86 comma 1)

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di _____

dello STUDIO MEDICO _____

con sede in _____

via _____ c.a.p. _____

telefono _____ email _____

P. IVA: _____ C.F.: _____

PEC PER INVIO COVALIDA VERBALE _____

Codice Univoco fatturazione _____ Potenza Elettrica Disponibile (KW) _____

RICHIESTE L'EFFETTUAZIONE DELLA VERIFICA DI SICUREZZA:

☐ APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI N. _____

☐ AMBIENTI MEDICI GRUPPO 1 N. _____

LUOGO e DATA _____

IL Medico referente o suo Preposto

Timbro e Firma

La presente è da considerarsi come prenotazione, la verifica verrà calendarizzata in brevi termini dal ricevimento della presente.

Le informazioni personali contenute in questa comunicazione sono trattate in conformità al Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Si presta il consenso per il trattamento dei dati sensibili per i fini sopra indicati.