

Centro OtticoDichiarazione di conformità per occhiale correttivo

Via

Cod. Fisc.

P.Iva

Tel.

Telfax

email

Registrazione Ministero Salute n.

**Dichiarazione di Conformità
per Occhiale Correttivo su Misura**

in base al Decreto Ministeriale del 24/02/97, n. 46 (e successive modificazioni) di attuazione della Direttiva 93/42 CEE e
in base al Decreto Ministeriale del 25/01/10 (e successive modificazioni) di attuazione della Direttiva 2007/47/CE.

Dichiarazione del ____/____/____

Componenti del Dispositivo Medico su Misura**1) Montatura**

CE No: Fascicolo tecnico presso l'ottico

Fornitore: _____ Marca/Modello: _____
Calibro: 0 Ponte: 0 Colore: _____

2) Lenti Oftalmiche

Lente DX	Lente SX
CE No: Fascicolo tecnico presso l'ottico	CE No: Fascicolo tecnico presso l'ottico
Fornitore: _____	Fornitore: _____
Marca: _____	Marca: _____
Indice: _____ ø: _____	Indice: _____ ø: _____
Prodotto: _____	Prodotto: _____
Trattamento: _____	Trattamento: _____
Colore: _____	Colore: _____ 0
Supplementi: _____	Supplementi: _____

Famiglia: _____ Cat. filtro: _____ Famiglia: _____ Cat. filtro: _____

SPERA	CIL.	AX	PRISMA	BASE	s.D.I.	(Tabo)	SPERA	CIL.	AX	PRISMA	BASE	s.D.I.
						L						
						M						
						V						

Il Dispositivo Medico è conforme ai requisiti essenziali di sicurezza e salute della Direttiva 2007/47/CE

Come da prescrizione allegata Come da Suo occhiale in uso su precedente prescrizione
e destinato ad essere utilizzato da Cognome Nome C.F. con residenza in _____

L'ametropo è stato correttamente istruito all'uso e alla manutenzione del suddetto Dispositivo medicale.

Data _____
Questa dichiarazione viene conservata per 5 anni. Firma _____

Il sottoscritto Cognome Nome _____

DICHIARA

di aver ricevuto dall'ottico optometrista copia della presente e le informazioni d'uso concernenti il dispositivo acquistato, relativamente alle modalità d'uso ed alle operazioni di manutenzione e pulizia. Ed inoltre di essere stato informato dei pericoli derivanti da una non corretta osservanza delle istruzioni d'uso.

Data ____/____/____ Firma _____

Dichiarazione di conformità per lenti a contatto

OTTICA

VIA

Cod. Fisc.

P. IVA

Tel. _____

**Dichiarazione di Conformità
per Lenti a Contatto Correttive su Misura**

in base al Decreto Ministeriale del 24/02/97, n. 46 (e successive modificazioni) di attuazione della Direttiva 93/42 CEE

Dichiarazione del ____/____/____

Componenti del Dispositivo Medico su Misura

Lente a Contatto Destra

Lente a Contatto Sinistra

CE Si: Fascicolo tecnico presso il produttore	CE Si: Fascicolo tecnico presso il produttore
Fornitore: _____	Fornitore: _____
Marca: _____	Marca: _____
Prodotto: _____	Prodotto: _____
Tipo: _____	Tipo: _____
Scadenza: _____	Scadenza: _____
Materiale: _____	Materiale: _____
Colore: _____	Colore: _____

Il Dispositivo Medico è conforme ai requisiti essenziali di sicurezza e salute (allegato I) della Direttiva 93/42 CEE

e destinato ad essere utilizzato da _____ C.F. _____ con residenza in _____

L'ametropo è stato correttamente istruito all'uso e alla manutenzione del suddetto Dispositivo medicale.

Data _____
Questa dichiarazione viene conservata per 5 anni. Firma _____

La sottoscritta _____

DICHIARA

di aver ricevuto dall'ottico optometrista copia della presente e le informazioni d'uso concernenti il dispositivo acquistato, relativamente alle modalità d'uso ed alle operazioni di manutenzione e pulizia. Ed inoltre di essere stato informato dei pericoli derivanti da una non corretta osservanza delle istruzioni d'uso. Dichiarazione conforme al Decreto Legislativo 30/06/2003, N.196 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali. Il trattamento sarà effettuato su supporto cartaceo ed informatico.

Il titolare del trattamento è _____

Data ____/____/____ Firma _____