

VERBALE DI CONSEGNA E MESSA IN ESERCIZIO APPARECCHIATURE N° _____ del _____

Il sottoscritto _____ C.F. _____ residente in _____ alla via _____
 Telefono Fisso _____ Telefono Cellulare _____ Altro Recapito _____

DICHIARA

Che in data _____

La Società MULLER s.r.l. Unipersonale con Sede Legale in Napoli alla Via Alcide De Gasperi n° 55

A ha consegnato ed installato con DDT n° _____ del _____ per ordine e conto della FARMACIA _____ e previa accettazione del paziente il materiale di proprietà MULLER srl come di seguito specificato

- BOMBOLA COMPLETA DI VALVOLA DOSATRICE DA LITRI _____ MATRICOLA _____
- BOMBOLA COMPLETA DI VALVOLA DOSATRICE DA LITRI _____ MATRICOLA _____
- RIDUTTORE PER OSSIGENO
- CARRELLO PORTA BOMBOLE
- ACCESSORI PER OSSIGENOTERAPIA MARCA _____ LOTTO _____ S/N _____
- ALTRO _____

B Fornito le ISTRUZIONI ALL' UTENTE (o suo delegato) nella persona di _____

- Effettuata una dimostrazione pratica di funzionamento ed erogazione.
- Consegnato il libretto di istruzioni in lingua italiana per l'uso dell'apparecchiatura.
- Spiegato che le Istruzioni per l'uso delle apparecchiature sono reperibili sul sito www.mullercare.it
- Sottolineata l'importanza della prescrizione medica e delle precauzioni d'uso.
- Scelto il luogo più adatto per disporre le apparecchiature.
- Spiegata la procedura d'approvvigionamento - forniti i numeri telefonici necessari.
- Consigliata la condotta da tenere in caso di incidenti o di anomalie di funzionamento.
- Invitate le persone delegate dal paziente a leggere il libretto di Istruzioni.
- Consegnate le prescrizioni di sicurezza.

C **Ricordato in particolare il divieto di:** Utilizzo vicino a fonti di calore - Oliare e/o ingrassare le apparecchiature e i relativi accessori - **Fumare nell'ambiente** - Utilizzo con mani o viso cosparsi di unguenti o pomate

Il sottoscritto/a dichiara che la totalità dei punti sopra esposti sono stati affrontati e di aver compreso come utilizzare le apparecchiature ricevute

Firma del paziente	Firma del tecnico MULLER SRL	Firma della persona delegata dal paziente