

SCHEDA RACCOLTA DATI MODULO A1	<u>DA UTILIZZARE PER TUTTELE APPRARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA</u> <u>TOTAL BODY (INTENSITÀ DI CAMPO MAGNETICO STATICO MINORE O UGUALE</u> <u>A 4,0 T) PER USO DIAGNOSTICO FISSE</u>		

STRUTTURA			
Denominazione			Tipo Struttura
			Pubblica <input type="checkbox"/>
Sede Legale	Indirizzo		
	Città		Cap
	Telefono	Pec	
	Codice Fiscale P.IVA		
Sede Operativa	Indirizzo		
	Città		Cap
	Telefono	Pec	
Autorizzazione comunale all'esercizio			
Legale Rappresentante			

RESPONSABILI			
ATTIVITA' CLINICA	Cognome e Nome		
	Specializzazione		
	Telefono	Pec	E-Mail
SICUREZZA	Cognome e Nome		
	Laurea		
	Altre qualifiche <input type="checkbox"/>	(Se sì, specificare):	
	Telefono	Pec	E-Mail

Persona di riferimento	Cognome e Nome		
	Telefono	Pec	E-Mail

Il Legale Rappresentante _____ li _____