Elenco dei dispositivi da inserire nel certificato di libera vendita per dispositivi medico-diagnostici in vitro

Ditta richiedente…………………………………….. Data dell’istanza………………………………………………

Paese di destinazione………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numero di repertorio** | **Nome commerciale/ Trade name** | **Codice attribuito dal fabbricante/ Trade number** | **Numero UDI-DI di base/ Basic UDI-DI number (Reg. 2017/746)****[[1]](#footnote-1)** | **Numero certificato Organismo Notificato /Notified Body certificate number1 (Reg 2017/746)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Firma del legale rappresentante o del suo delegato

1. Campo da compilare se i dispositivi sono marcati ai sensi del Regolamento 2017/746 [↑](#footnote-ref-1)