

SCHEDA RACCOLTA DATI MODULO A2	<b>DA UTILIZZARE PER TUTTE LE APPARECCHIATURE A RISONANZA MAGNETICA TOTAL BODY (INTENSITÀ DI CAMPO MAGNETICO STATICO MINORE O UGUALE A 4,0 T) PER USO DIAGNOSTICO FISSE</b>

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
Legale Rappresentante			

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

Persona di riferimento	Cognome e Nome		
	Telefono	Pec	E-Mail

**APPARECCHIATURA RM**

<b>APPARECCHIATURA RM</b>			
Casa costruttrice			
Modello			
Tipo Magnete		Intensità campo (T)	

Il Legale Rappresentante \_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_