



Cliente/Customer: N° Offerta/Quotation:

TEST DA EFFETTUARE/ TEST TO BE MADE

IDENTIFICAZIONE CAMPIONE/ SAMPLE IDENTIFICATION - *Blu/Blue= campi obbligatori/required field

* Nome commerciale o generico (trade name or generic):

* Tipologia di dispositivo (Type of device):

* Lotto (Batch): Codice (REF):

Composizione o materiale principale/ Composition or main material (per KIT allegare elenco componenti e/o distinta base):

Specifiche tecniche in allegato Disegno e distinta in allegato Formulazione qualitativa in allegato

* Data Produzione (Production date): * Data Scadenza (Expiration Date):

Tipo contatto con paziente (Nature of body contact): Rif Table A.1 ISO 10993-1 If applicable
non invasivo (no-invasive) invasivo (invasive)
Surface MD External Communicating device Implant medical device

Tempo di contatto con paziente (Contact duration): < 24 h da 24 h a 30 giorni (days) > 30 giorni (days)

Superficie contatto: Spessore del dispositivo: Peso del dispositivo:

Sterilizzazione (Sterilization): NO Sterile Vapore/Steam ETO Gamma E-beam (beta)
Filtrazione/filtration Plasma

Data di sterilizzazione (Sterilization Date): Lotto di sterilizzazione (Batch of Sterilization):

Fornitore servizio di sterilizzazione (Service provider of sterilization):

REQUISITI/REQUIREMENTS

Tipo di accreditamento /Certificazione richiesto (Type of accreditation / certification required): nessuno/NO **GLP

SMALTIMENTO CAMPIONI / DISPOSAL OF SAMPLES

D.M. TESTATI (se possibile) TESTED M.D. (if possible) restituiti (spese di spedizione a carico del cliente)/ returned (with postage paid by the customer)

D.M. NON TESTATI (se disponibili) NOT TESTED M.D. (if available) restituiti (spese di spedizione a carico del cliente)/ returned (with postage paid by the customer)

conservati 15 giorni e poi smaltiti come rifiuto/stored for 15 days and then disposed of as waste

RAPPORTO DI PROVA Intestato a/ TEST REPORT made out to: FATTURA intestata a/ INVOICE made out to:

Società/Company: Società/Company:

Indirizzo/Address: Indirizzo/Address:

Città/City: CAP/Postal Code: Città/City: CAP/Postal Code:

Tel./Telephone number: Tel./Telephone number:

e-mail: e-mail:

Persona di riferimento/Reference person: Persona di riferimento/Reference person:

Data/Date: Nome del compilatore/Compiler name:

Il presente documento deve accompagnare il campione inviato al laboratorio/ This document must accompany the sample sent to the laboratory

PARTE RISERVATA A MACROLAB/ PART RESERVED for MACROLAB

Temp. Accettazione:

Accettazione: Accettazione:

Accettazione: Accettazione:

Accettazione: Accettazione: