

BESITZBESCHEINIGUNG VON AUTOMATISCHEN EXTERNEN DEFIBRILLATOREN (AED) FÜR DIE ANWENDUNG AUSSERHALB DES KRANKENHAUSES

DICHIARAZIONE DI POSSESSO DI DEFIBRILLATORE AUTOMATICO ESTERNO (DAE) PER USO EXTRAOSPEDALIERO

FORMULAR WELCHES AN DEN BETRIEBLICHEN DIENST FÜR NOTFALLMEDIZIN WEITERZULEITEN IST

Tel: 0471 416221 Fax: 0471 415699
E-Mail: em.bz@sabes.it

Primar Dr. Marc Kaufmann, DESAIC, MBA

Der/Die Unterfertigte _____
geboren in _____ am _____
in seiner/ihrer Funktion als _____
des Vereins _____
mit rechtlichem Sitz in _____
Straße _____

ERKLÄRT

am _____ einen Automatischen
Externen Defibrillator (AED) erworben zu haben:
Hersteller _____
Modell _____
Seriennummer _____
und dass dieser für den Gebrauch installiert wird bei _____
welcher sich in der Gemeinde _____
Straße, befindet.

ERKLÄRT AUSSERDEM

- dass der/die Verantwortliche für das Gerät Herr/Frau _____
ist. Telefonnummer _____
- dass die Instandhaltung und Wartung des Geräts von _____
durchgeführt wird
- dass eventuelle Änderungen der in diesem Formular angegebenen Informationen unverzüglich mitgeteilt werden

Datum - Data _____

MODULO DA INVIARE AL SERVIZIO AZIENDALE DI EMERGENZA MEDICA

Tel: 0471 416221 Fax: 0471 415699
E-mail: em.bz@sabes.it

Primario Dr. Marc Kaufmann, DESAIC, MBA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in qualità di _____
dell'ente _____
con sede legale in _____
via _____

DICHIARA

di aver acquistato in data _____
il Defibrillatore Automatico Esterno:
marca _____
modello _____
numero di serie _____
e che lo stesso sarà impiegato nell'installazione fissa-
mobile presso _____
sita in località _____
via _____

DICHIARA INOLTRE

- che il responsabile dell'apparecchio è il/la sig./sig.ra _____
nr. di telefono _____
- che la manutenzione ordinaria è svolta da _____
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente ogni variazione delle informazioni contenute nella presente dichiarazione

Unterschrift - Firma