|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CONFORMITEITSVERKLA RING**

* **Naam fabrikant** : .......................................................................................................................
* **Adres van de fabrikant** : ………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………..

* **Identificatie van het hulpmiddel** : ...........................................................................................
* **Dit hulpmiddel is uitsluitend bestemd voor de volgende patiënt** :

……………………………………………………………………………………………………………..

(Naam van de patiënt of codenummer volgens de voorschrijver)

* **Identiteit van de voorschrijver** :

.................................................................................................................................................

(Naam van de voorschrijver en/of naam van de medische instelling)

* **Specifieke gegevens van het hulpmiddel naar maat volgens het voorschrift** :

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

* **Dit hulpmiddel voldoet aan de in de bijlage I genoemde essentiële eisen van het KB van 18/03/1999 betreffende de medische hulpmiddelen.**

**Datum** : ……………………………………………...**Plaats** : ………………………………………..

**Naam** :

…………………………………………………………………………………………………………….

**Functie** :

…………………………………………………………………………………………………………….

**Handtekening** :