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

**DECLARATION DE CONFORMITE**

* **Nom du fabricant** : .....................................................................................................................
* **Adresse du fabricant** : ………………………………………………………………….……………..

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

* **Identification du dispositif** : ......................................................................................................
* **Ce dispositif est destiné à l'usage exclusif du patient** :

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

(Nom du patient ou code établi par le prescripteur)

* **Prescrit par** :

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

(Nom du prescripteur et/ou le nom de l'institution médicale)

* **Caractéristiques spécifiques du dispositif indiquées dans la prescription** :

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

* **Ce dispositif est conforme aux exigences essentielles énoncées à l'annexe I de l'AR du 18/03/1999 relatif aux dispositifs médicaux.**

**Date**:……………………………………………..**Place** : ……………………………………………….

**Nom**:

………………………………………………………………………………………………………………

**Fonction**:

………………………………………………………………………………………………………………

**Signature** :