



DECLARATION DE CONFORMITE

Hôpital : _____

Service : _____

Adresse : _____

Téléphone : _ _ _ _ _

Fax : _ _ _ _ _

Objet de déclaration : « *Direction des Equipements conforme aux Guide des Bonnes Pratiques Biomédicales en Etablissement de Santé* »

DIRECTION DES EQUIPEMENTS

J'atteste, (Nom/Qualité) _____
avoir réalisé une auto évaluation au sein de la Direction des Equipements, cette auto évaluation a pour objet d'évaluer l'efficacité et l'efficience par rapport à des critères définis dans le guide des Bonnes Pratiques Biomédicales en Etablissement de Santé et d'établir des plans d'actions pour assurer le bon fonctionnement de la Direction afin de remplir ses missions fondamentales, introduire un cycle d'amélioration continue et garantir la satisfaction de nos clients.

Autres observations : _____

Date ____/____/____ Signature _____

SERVICE QUALITE

J'atteste, (Nom/Qualité) _____
avoir réalisé les vérifications et le contrôle de conformité, conformément aux exigences du guide des Bonnes Pratiques Biomédicales en Etablissement de Santé

Indications. Contre indications et Interférences Potentielles : _____

Autres observations : _____

Date ____/____/____ Signature _____

Les exigences de référence : « *Guide des Bonnes Pratiques Biomédicales en Etablissement de Santé* »

La date et le lieu d'émission de la déclaration : ____/____/____ à _____