

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.

con socio unico



Spett.le
Cersoi S.r.l.
Via dei Mille, 35
00185 Roma
fax 06 4468403

Per conto del sotto indicato studio:
(compilare in stampatello)

Denominazione Studio: _____

Indirizzo Studio: _____

Città: _____ **Prov.** _____ **CAP** _____

Tel. _____ **Fax** _____ **E-mail** _____

P. IVA _____ **Responsabile:** _____

Socio SOI: **si** **no**


Chiedo che venga attivata la procedura:

per il rilascio della certificazione Cersoi per i requisiti strumentali.

per la modifica\integrazione del vigente certificato

relativamente alle attività indicate nel seguito (*barrare nella check list le lettere corrispondenti alle attività praticate*).



 Check list attestazione studi medici			
ATTIVITA'	DOTAZIONI MINIME	MANUT. / TARATURA	CRIT. ORGANIZ.
G. Esame ortottico	Quanto previsto al punto A più: <input type="checkbox"/> Prismi isolati o a barra <input type="checkbox"/> Luci di Worth <input type="checkbox"/> Schermo di Hess o strumento alternativo		
H. Esami preoperatori per innesto	Quanto previsto al punto A più: <input type="checkbox"/> Ecografo <input type="checkbox"/> Topografo corneale <input type="checkbox"/> Pachimetro		
I. Esami per glaucoma	Quanto previsto al punto A più: <input type="checkbox"/> Pachimetro <input type="checkbox"/> Campimetro computerizzato / manuale		
J. Applicazione lenti a contatto	Quanto previsto al punto A più: <input type="checkbox"/> Topografo corneale <input type="checkbox"/> T. di Schirmer <input type="checkbox"/> Set lenti di prova		

- Per le attività di rilascio della certificazione allego ricevuta del bonifico bancario di €,
come previsto dal tariffario vigente, intestato a:

CERSOI – UBI BANCA – Sede di Roma – Via dei Crociferi 44 – 00187 Roma

IBAN IT28Y0311103253000000000822

- Per le attività di modifica/integrazione l'importo dovuto sarà funzione delle specifiche richieste del Cliente.

ENTE DI CERTIFICAZIONE DI QUALITA' S.O.I. S.r.l.
con socio unico



Dichiaro di aver preso visione del regolamento CERSOI per l'attestazione degli studi medici

Dichiaro di aver preso visione del MOD.AMM.01, e autorizzo CERSOI al trattamento dei dati personali in ottemperanza a quanto previsto dal D.lgs. 30 giugno 2003, n° 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Data _____ Firma _____

La documentazione di riferimento è disponibile su internet all'indirizzo www.soiweb.com nell'area Cersoi