

Documents requis :

- Pour chaque Laser prière de bien vouloir joindre une copie du certificat CE relatif aux dispositifs médicaux
- Pour chaque utilisateur du Laser prière de bien vouloir joindre un certificat de formation

Je certifie que les informations données ci-dessus sont exactes et complètes.

Date de la demande :

Signature :

N° dossier		Annexe I : Informations relatives aux appareils Laser								
06/03/2023										
Etablissement :										
Responsable sécurité laser :										
Nom de l'organisme de contrôle :										
	Fabriquant :	Modèle :	N° série :	N° d'id de ON	Type laser (p.ex diode)	Classification LASER EN30825 :	Longueur d'onde max	Puissance maximale (en W) :	EnergiePuls maximal (en J) :	Certificat CE joint
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
Je déclare qu'il n'y a pas d'autres lasers à l'adresse indiquée ci-dessus.										
Date de signature :		Nom et signature du déclarant :								