



**- FICHE D'IDENTIFICATION D'UN GENERATEUR RADIOLOGIQUE
(RADIO DIAGNOSTIC MÉDICAL ET DENTAIRE)**

A REMPLIR PAR LE FABRICANT DE L'APPAREIL OU SON REPRÉSENTANT
ET À JOINDRE À TOUTE DÉCLARATION.

Je soussigné : Norbert GELE

Qualité : Responsable Qualité, Société TROPHY, Croissy Beaubourg, 77435 Marne La Vallée

Agissant au nom
de la société : Carestream Dental LLC, 3625 Cumberland Boulevard, Suite 700, GA USA 30339

Déclare que les caractéristiques du générateur (ou ensemble) radiologique vise par cette fiche d'identification sont bien celles indiquées ci-après :

Modèle/Type : CS 2200 230V

N° d'identification propre : LHXV027 Année de construction : 2023

Nouveau numéro : _____ après échange standard partiel en : _____

Appareil : ☒ Marqué CE
Homologué

CACHET DU SIGNATAIRE :

Signature :

TROPHY

SAS au Capital Social de 1.590.620 €
4, rue F. Pelloufier - CROISSY-BEAUBOURG
77435 MARNE LA VALLEE CEDEX 2
Tél. 01.64.80.85.00 - Fax 01.64.80.85.85
SIRET 480 038 124 00016

Date : 09/08/2023



CETTE PARTIE REMPLIE PAR LE VENDEUR DE L'APPAREIL, COMPLÈTE OBLIGATOIREMENT LA FICHE

Je soussigné (nom et éventuellement, qualité) : Henry Schein France

Adresse (précédée du nom de la société, s'il y a lieu) : _____

Certifie avoir vendu non modifié le générateur désigné ci-dessus, à la date du : 09/08/2023

à : Nom (praticien ou établissement) : CH Henri LABORIT

Adresse : 370 Avenue Jacques Coeur 86000 POITIERS

LE GENERATEUR EST NEUF (*) - D'OCCASION (*). Dans ce dernier cas, préciser :

Obligatoirement, le n° d'enregistrement de la déclaration antérieure : _____

facultativement, les nom et adresse de l'ancien détenteur :

DATE : SIGNATURE : 09/08/2023

*Rayer la mention inutile.

DÉCLARATION D'APPAREILS DE RADIO DIAGNOSTIC MÉDICAL ET DENTAIRE - FICHE D'IDENTIFICATION
Direction générale de la sûreté nucléaire
et de la radioprotection

