**HOSPICES CIVILS DE LYON**

**Etablissement :**

**ATTESTATION DE MISE A DISPOSITION DE MATERIELS**

Marché n° : Titulaire :

Notifié le : Durée :

Je soussigné, en qualité de pour la société ………………. dénommée ci-après le Titulaire, atteste avoir confié au Service de…………...………. de l’Hôpital …………………., établissement des Hospices Civils de Lyon :

Type de matériel :

Marque : ……………………..

Modèle : …………………………..

Le matériel mis à disposition est identifié ainsi (préciser la configuration détaillée le cas échéant):

N° de série :……………………. Valeur : ……………..€ HT

Ce matériel dispose du marquage C.E. I.V.D ou I.V.D.R. dispositifs médicaux de diagnostic in vitro, conformément à la directive européenne 98/79/CE ou le règlement européen 2017/746 et tel que visé dans l’article L. 665-4 du Code de la Santé Publique.

Marquage CE : Classe : ………

**Conformément aux clauses du marché identifié ci-dessus, le Titulaire s'engage à :**

1. mettre à disposition ce matériel jusqu'à la date d'échéance du marché, sauf souhait de l'une ou l'autre des parties de mettre fin à l'utilisation de ce matériel,
2. prendre en charge l'implantation des matériels, dispositifs et logiciels,
3. assurer et prendre en charge la mise en service, l'assistance technique et la maintenance de ces dispositifs, matériels et logiciels,
4. fournir l’ensemble de la documentation nécessaire à l’utilisation des éléments mis à disposition, et à effectuer la formation nécessaire des utilisateurs à titre gracieux.

Durant toute la période de mise à disposition, les matériels mis à disposition restent la propriété du Titulaire. Ainsi, concernant l’utilisation du matériel et logiciel mis à disposition, le Titulaire demeure responsable des dommages qui pourraient être causés :

1. soit à des tiers (malades, personnels HCL) en raison des défauts dans la conception ou la réalisation du matériel,
2. soit au matériel lui-même dans le cadre d’une utilisation normale et conforme aux instructions fournies.

Toutefois, **le Titulaire** ne pourrait être tenu pour responsable des dommages éventuellement causés par une utilisation du matériel non conforme aux règles de l’art ou à l’usage pour lequel il a été développé ou à toutes recommandations qui auraient pu être fournies aux utilisateurs.

***Informations complémentaires***

**Nom de la société de maintenance**

Nom du responsable technique Tél. :

Adresse : Fax :

Horaires d'ouverture :

Nombre de maintenance préventive / an

Procédure d'enlèvement du matériel :

**Coordonnées du correspondant de Matériovigilance :**

**Coordonnées du représentant commercial :**

Fait à LYON, le

*Service biomédical*

*Nom et signature*

Nom du signataire

Signature