



**CERTIFICATO DOGANALE PER IL TRASPORTO DI UN VENTILATORE CPAP/ BI-LEVEL**  
**CUSTOMS DECLARATION FOR THE TRANSPORT OF A CPAP/ BI-LEVEL DEVICE**

Nome e cognome del paziente / Name of the user

Data di nascita / Birthday

Indirizzo / Address

Città / City

Nazione / Country

Marca e modello del ventilatore / Respiratory therapy equipment

Numero di serie / Serial number

Numero da chiamare in caso di emergenza/ Please call in case of emergency:

0039-

Si attesta che il succitato ventilatore è un apparecchio medico terapeutico che viene usato nella terapia della Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno e che il paziente deve usarlo **ogni notte** per poter essere adeguatamente curato e raggiungere gli scopi della terapia.

Nella borsa di trasporto sono contenuti i seguenti oggetti, indispensabili alla terapia:

Maschera nasale (oronasale, nasalpillow), tubo corrugato, cavo elettrico, eventuale apparecchio umidificatore con vaschetta contenitrice di acqua, bretella di fissaggio per maschera.

Herewith we confirm, that the equipment is for medical therapeutical purpose only.

This patient suffers from the Sleep Apnea Syndrome and should use the above mentioned sleep therapy device **daily** in order to obtain optimal treatment.

The patient needs at least the following accessories: patient circuit, Nasal mask with adapter, Headgear, as optional accessories: Battery cable, Humidifier system.

Città e data di compilazione/Place,Date:

Firma e/o timbro del medico curante/prescrittore

Signature, stamp of physician: