



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO

N° 120 DEL 22-11-2010

Adottata ai sensi del regolamento aziendale per l'adozione delle determinazioni dirigenziali di cui alla Deliberazione D.G. n° 186 del 9.10.2008.

OGGETTO: AFFIDAMENTO RIPARAZIONE APPARECCHIATURA IN DOTAZIONE AL POLIAMBULATORIO DI ALES - DITTA TBM .

IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

VISTO l'atto deliberativo del Direttore Generale n° 186 del 9.10.2008 con il quale vengono attribuite ai Dirigenti dell'ASL n° 5 di Oristano le funzioni previste dell'art. 4 del D.Lgs n° 165 del 30.03.2001 e s.m.i;

VISTO l'atto deliberativo del Direttore Generale n° 824 del 09.07.2008 con il quale è stata nominata l'Ing. Barbara Podda Direttore del Servizio Ingegneria Clinica;

CONSTATATO che il Poliambulatorio di Ales ha inoltrato formale richiesta per la riparazione dell'apparecchiatura "C 630 ULTRASUONI COSMOGAMMA" in uso al Servizio di fisioterapia, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. A);

PRESO ATTO che con nota prot. n. 73907 del 04.11.2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura "C 630 ULTRASUONI COSMOGAMMA" alla Ditta TBM di Cagliari, specializzata nel settore ed accreditata ad eseguire l'intervento tecnico richiesto poiché ditta manutentrice di detta apparecchiatura;

VISTO il preventivo di spesa presentato dalla Ditta TBM di Cagliari relativo alla riparazione dell'apparecchiatura in argomento, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

PRECISATO che stante l'urgenza di riparare la predetta apparecchiatura, si ritiene necessario esprimere parere favorevole al predetto preventivo di spesa presentato dalla Ditta TBM di Cagliari;

RITENUTO pertanto necessario dover provvedere alla riparazione dell'apparecchiatura "C 630 ULTRASUONI COSMOGAMMA" al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dal Poliambulatorio di Ales, al quale la predetta apparecchiatura è in dotazione;

VISTO il D.Lgs n° 165 del 30/03/2001 e s.m.i;

VISTA la L.R. 10/2006 ed il Regolamento Aziendale;

D E T E R M I N A

Per le motivazioni esposte in premessa:

Di affidare alla Ditta TBM di Cagliari l'intervento tecnico per la riparazione dell'apparecchiatura "C 630 ULTRASUONI COSMOGAMMA" in uso al reparto di Fisioterapia del Poliambulatorio di Ales, per l'importo complessivo presunto di Euro 345,60 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo di Euro 345,60 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato dalla predetta Ditta, relativamente alla riparazione dell'apparecchiatura in argomento, facendolo gravare sul codice di conto economico n° 0507020103 "Manutenzione e riparazione attrezzature sanitarie a richiesta";

Di imputare il costo complessivo presunto di Euro 345,60 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAD02BB102;

Di incaricare il Servizio Bilancio all'emissione del mandato di pagamento a fronte di regolare fattura, previa verifica dell'esecuzione dell'intervento tecnico;

Di trasmettere il presente atto alla Direzione Generale, al Servizio AA.GG., al Servizio Bilancio e al Collegio Sindacale per quanto di rispettiva competenza;

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda-



RZ

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che il presente atto verrà pubblicato nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal _____ al _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI

Dr.ssa Antonina Daga

Al A

ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. 50-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva o richiesta su attrezzature sanitarie
 Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie
 Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n°: _____ Data: _____ Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asl.oristano.it

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile,
 i dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
POLIAMBULATORIO ALES	FISIOTERAPIA	PIANO TERRA	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
	STILEA	C 630 ULTRASUONI COSPIOCANNA	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	TBM (TECNOLOGIE BIOMEDICHE)	(Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
AMARBU ENNA		*	
Telefono/Fax *			
0783 9111346			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
NO			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
SI			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
TESTATA A TENUTA TERAPIA NON FUNZIONANTE			

Referente di Struttura
 Organizzativa*

Sig. AMARBU ENNA

Tel. 0783 9111346

Il Richiedente

Al A

Parte riservata al Ricevente

VIA DI URGENZA

CONTATTARE DITTA INDICATA DAL POLIAMBULATORIO
 DI ALES



Al B

ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Prot. 43307Oristano li, 04 NOV 2010

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.

04 NOV 2010

Spett.le Ditta TBM

FAX 070/561120

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. Poliambulatorio di Ales reparto di Fisioterapia Via IV Novembre, 30 Ales tel. 0783/9111316

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
ULTRASUONI C 630 COSMOGAMMA	5T1154	TESTINA A TENUTA TERMICA NON FUNZIONANTE

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslristano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente dell'Unità Operativa Anardu Emma e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783317331), con l'assistente tecnico Salvatore Viola al numero (0785560264) per quanto attiene il P.O. Delogu di Ghilarza, o con l'assistente tecnico Giovanni Demartis al numero (3488049089) per quanto attiene il P.O. Mastino di Bosa. Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda ricevuta l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

AL B



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.

In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.

Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

D'ORDINE DEL RESPONSABILE
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

Dr. Ing. Barbara Podda

Il Referente Amministrativo della Richiesta

Nita Zedda

Recapito

Distretto Sanitario Ales Terralba

Via IV Novembre, 30 - 09091 Ales (OR)

Tel. 0783/9111303 Fax 0783/9111404

18 Nov 2010 11:55

HP LASERJET FAX

070 561120

p. 1



di G. PUTZULU & C.



Ales.

Monserrato, 18 Novembre 2010

Ns.rif.: P10265

Spett.le Azienda
U. S. L. n° 5
Via Carducci n° 35
09170 ORISTANO (OR)

Presidio: Poliamb. di Ales

OGGETTO: Preventivo come da Vs. richiesta n° prot. n° 73907 del 04-11-2010.

In risposta alla Vs. richiesta fax del 05-11-2010 di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo comunicarVi ns. preventivo spesa per la riparazione dell'Ultrasuoni marca: Cosmogamma, mod.: C 630, matr.: 5T1154 in uso presso la Fisioterapia del Poliambulatorio di Ales.

L'IMPORTO PER LA RIPARAZIONE DI CUI SOPRA AMMONTA A EURO:
€=288,00= (duecentottantotto/00) I.V.A. ESCLUSA COSI' DETERMINATO:

- N° 1,5	Ora lavoro	€	165,00
- N° 01	Rimborso forfetario spese trasferim.	€	105,00
- N° 01	Cavo Interconnessione	€	18,00
-	Ore viaggio	€	---
-	Rimborso chilometrico	€	---
-	Spese trasferta	€	---
-	Spese preventivo	€	---
-	Costo sopralluogo preliminare	€	---
TOTALE COMPLESSIVO		€	288,00

Tempi di esecuzione: In funzione alle Vs. necessità.

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

TBM S.A.S.
Giuseppe Putzulu

Favorevole
18.11.10