



---

**SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA**

**DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO**

N° 121 DEL 22.11.2010

*Adottata ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs n° 165 del 30.03.2001 e successive modifiche ed integrazioni e del regolamento aziendale per l'adozione delle determinazioni dirigenziali di cui alla Deliberazione D.G. n° 186 del 9.10.2008.*

**OGGETTO:** AFFIDAMENTO RIPARAZIONE TURBINE IN DOTAZIONE AL POLIAMBULATORIO DI GHILARZA- DITTA DENTAL POINT.

**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;

**PREMESSO** che il Direttore del Distretto di Ghilarza ha inoltrato formale richiesta per la riparazione delle turbina in dotazione all'Ambulatorio di Odontoiatria allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. A);

**DATO ATTO** che con nota del Responsabile del Distretto di Ghilarza prot. n. 73470 / 2010, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto un preventivo di spesa per la riparazione della turbina alla Ditta Dental Point di Cagliari;

**VISTO** il preventivo di spesa presentato dalla Ditta Dental Point di Cagliari relativo alla riparazione delle turbine in argomento, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

**PRESO ATTO** della regolarità sotto il profilo tecnico e contabile del predetto preventivo di spesa presentato dalla Ditta Dental Point di Cagliari;

**RITENUTO** pertanto necessario dover provvedere alla riparazione della turbina al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dal Poliambulatorio di Ghilarza, 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 Dental Point di Cagliari la riparazione della turbina in dotazione al Poliambulatorio di Ghilarza, per l'importo complessivo presunto di Euro 1242,00 IVA compresa;

**Di autorizzare** il costo complessivo presunto di Euro 1242,00 IVA compresa, risultante dal preventivo presentato dalla predetta Ditta, relativamente alla riparazione dell'apparecchiatura in argomento, facendolo gravare sul codice di conto economico n° 507020103 "Manutenzione e riparazione Attrezz. Tec. Scient. Sanit.";

**Di imputare** il costo complessivo presunto di Euro 1242,00 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAC02BB102;

**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** copia della presente Determinazione alla Direzione Generale, al Collegio Sindacale, al Servizio AA.GG. e al Servizio Bilancio per quanto di rispettiva competenza;

Oristano

### IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda-



AC

Il sottoscritto Responsabile del Servizio Affari Generali Legali certifica che la presente determinazione verrà pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Azienda dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI

Dr.ssa Antonina Daga


---

**ASL 5 Oristano**

*Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Dr. Ing. Barbara Podda*

*Via Rockefeller snc  
09170 **Oristano**  
Tel 0783317330 Fax 0783779102  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)  
E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)*

Pag. 3 di 3

 ASLOristano

A.T.

Allegato A



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Distretto Socio sanitario di Ghilarza - Bosa

Ghilarza li, 20/09/2010

Prot. 2761646

Al Resp.le del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Ing. Barbara Podda

OGGETTO richiesta intervento tecnico urgente.

Si richiede intervento tecnico urgente sul manipolo contrangolo del micromotore nell'ambulatorio di odontoiatria del Poliambulatorio di Ghilarza

Distinti Saluti.

Il Resp.le U.O. Cure Primarie  
e Specialistica Ambulatoriale  
Dr. ssa Angela Camboni



ASL 5 Oristano  
Responsabile Sanitario del Distretto  
Socio sanitario di Ghilarza - Bosa  
Dr. ssa Angela Camboni

Via Matteotti, 27  
09074 Ghilarza  
Tel. 0785/560300 Fax 0785/560300  
[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)  
E-mail: [ghilarza.bosa@asloristano.it](mailto:ghilarza.bosa@asloristano.it)

Allegato A)



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.a

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

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: 2/11/2010 Ora: \_\_\_\_\_Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@aslristano.it](mailto:ingegneriaclinica@aslristano.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 *	
GHILAMA	ODONTOIATRIA	VIA S. WICIA 2° PIANO	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
	SN DSA0434 SN 0910020	MICRONOTORE - CONTRANGOLO	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	DENTAL POINT		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *		SI	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		SI	
Descrizione del Malfunzionamento:*			
NON RUOTA, O RUOTA TUTTO IL NAVIGLIO			

Referente di Struttura  
Organizzativa:\*

Sig. \_\_\_\_\_

Tel. 0785/562500

Il Richiedente

*Dr. Ste. Angela Conchita*

Parte riservata al Ricevente

ASL Oristano



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Allegato B)

S.S.D. Ingegneria Clinica

Prot. 73670

Oristano li, 3/11/2010

**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Spett.le Ditta DENTAL POINT  
Via  
FAX

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. di Ghilarza del Poliambulatorio tel. 0785/562500

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Contrangolo	Sn 09 L0019	
	SN 09 L0020	
	SN 09A0434	

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.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.**

**Nei preventivi di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, 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.

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.

ASL Oristano



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Allegato (B)

---

**S.S.D. Ingegneria Clinica**

---

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

Sig.ra Antonietta Casula

Distretto di Ghilarze - Bosa

