

**SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA****DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO****N° 127 DEL 06.12.2010**

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 N. 2 SATURIMETRI IN DOTAZIONE U.O. RIANIMAZIONE P.O. DI ORISTANO - DITTA SIM ITALIA.

**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;

**VISTA** la deliberazione del Direttore Generale n° 1146 del 14/11/2007, con la quale è stato approvato il Regolamento che disciplina la fornitura di beni e servizi da eseguirsi in economia nonché la successiva deliberazione del Direttore Generale n° 411 del 12/03/2009 di adeguamento del medesimo Regolamento a seguito del giudizio di in-costituzionalità parziale della L.R. n. 5/2007;

**PREMESSO** che il Responsabile dell'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano ha inoltrato formale richiesta per la riparazione di n. 2 Saturimetri Pulse Oximeter in dotazione alla stessa Unità Operativa, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. A);

**CONSIDERATA** la tipologia dell'intervento da eseguire e l'importo della spesa presunta, si ritiene di procedere ai sensi dell'art. 4.3. lettera a) del citato regolamento, richiedendo specifico preventivo di spesa a Ditta specializzata nel settore;

**RITENUTO** di poter individuare quale ditta idonea all'esecuzione dell'intervento di ripristino della funzionalità di n. 2 Saturimetri Pulse Oximeter KTPS in uso all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, la Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO), in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

**DATO ATTO** che con nota prot. n° 78270 del 25.11.2010 del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale

come All. B), è stato richiesto alla Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO) un preventivo di spesa per la riparazione di n. 2 Saturimetri Pulse Oximeter KTPS in uso all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano;

**VISTI** i preventivi di spesa presentati dalla relativi alla riparazione di n. 2 Saturimetri in argomento, allegati al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

**PRESO ATTO** della regolarità sotto il profilo tecnico e contabile dei predetti preventivi di spesa presentati dalla Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO);

**RITENUTO** pertanto necessario dover provvedere alla riparazione di n. 2 Saturimetri in argomento, al fine di evitare eventuali interruzioni delle prestazioni sanitarie erogate dall'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano;

**VISTI** i D.Lgs n° 165 del 30/03/2001 e s.m.i e n° 163 del 12/04/2006 e s.m.i.;

**VISTE** le L.R. 10/2006 e n° 05/2007 nonché il Regolamento Aziendale;

## **D E T E R M I N A**

Per le motivazioni esposte in premessa:

**Di affidare** alla Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO), la riparazione di n. 2 Saturimetri Pulse Oximeter KTP in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 763,20 IVA compresa;

**Di autorizzare** il costo complessivo presunto di Euro 763,20 IVA compresa, risultante dai preventivi presentati dalla predetta Ditta, relativamente alla riparazione delle apparecchiature 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 763,20 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAE0202A1800;

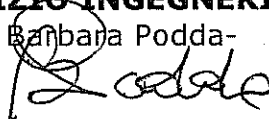
**Di incaricare** il Servizio Bilancio all'emissione del mandato di pagamento a fronte di regolare fattura, previa verifica dell'esecuzione dell'intervento tecnico;

**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-



SS

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**

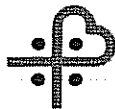
Dr.ssa Antonina Daga

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5  
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica N° 127 DEL 06.12.10

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 20%	Preventivo IVA inclusa
U.O. Rianimazione Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano	5AAE0202A1800	Saturimetro SIM Pulse Oximeter	Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO)	29.11.2010	318,00	63,60	381,60
U.O. Rianimazione Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano	5AAE0202A1800	Saturimetro SIM Pulse Oximeter	Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO)	29.11.2010	318,00	63,60	381,60
					<b>636,00</b>	<b>127,20</b>	<b>763,20</b>

100,00	100,00
120,00	120,00
83,00	83,00
15,00	15,00
<b>318,00</b>	<b>318,00</b>



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: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.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 *	
Ospedale	Ricevente	1° Piano	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
9	PH300633	Modello KTP5-01 Sier Pulse Oximeter	
Codifica CIVAB	Ditta Manutrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	Uledx Sim Italia		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax * 0783/317243		X	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:*			

Referente di Struttura Organizzativa:\*

Sig. Dr. Coledola

Tel. 0783/317244

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

NON FUNZIONA

SUASTO

JP

Sim Italia



ALLA



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: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.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 *	
Ospedale	Riscaldamento	1° Piano	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
1458	HF60025	Saturimetro Pulse Oximeter	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	Sig. PIRIS Sim Italia Hector X		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax * 0783/317843		X	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:*			

Referente di Struttura Organizzativa:\*

Sig. Dr. Carbonell Tel. 0783/317844  
Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

→ VERIFICA FUNZIONAMENTO

[ - AVVERTIRE NON RICEVERE LA SPOR  
- " " " LA FC. ]

Sim Italia



AUB



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 78270

Oristano li, 25-11-2010

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

Fax 051 817845

Spett.le Ditta SIM ITALIA srl
San Pietro Casale (BO)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano.

Table with 3 columns: Tipo apparecchiatura, N° matricola, Difetto riscontrato. Rows include Saturimetro Pulse Oximeter KTPS and HF 600225.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.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 della stessa Unità Operativa (0783 3171) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

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.

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.



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda-

Handwritten signature of Dr. Ing. Barbara Podda

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Dr. Ing. Barbara Podda

ALC



**SURGICAL INTERNATIONAL MARKETING**

DIREZIONE GENERALE, AMMINISTRAZIONE E MAGAZZINO  
Via Gramsci, 9 - 40018 San Pietro in Casale - BOLOGNA - ITALIA  
TEL: ++39 - 051 - 810572 - ++39 - 051 - 817902 - ++39 - 051 - 817860  
FAX ++39 - 051 - 817845

E-Mail: info@simitalia.it - Sito Internet: www.simitalia.it

Sede legale: Via Nazario Sauro, 29 - 40121 Bologna - ITALIA

Registro Imprese di Bologna / COD.FISC. / PART.IVA 01228210371 - C.C.I.A.A. 242165

Capitale Sociale Euro 10.320,00 i.v.

Certificata UNI EN ISO 13485:2004 UNI EN ISO 9001:2008

No. iscrizione RAEE IT08020000002631

SPETT.LE  
AZIENDA U.S.L. N. 5  
VIA CARDUCCI 35  
09170 ORISTANO (OR)

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento di Area Tecnica  
Servizio Ingegneria Clinica

Arrivato il 02-12-2010  
Prot. N. 79899 SIC

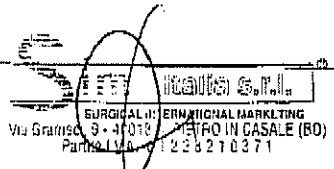
**PREVENTIVO**

C CLIENTE	PARTITA IVA	TELEFONO	FAX	AGENTE	NUMERO	DATA	PAGINA
OR5	00681110953	0783/317781	0783/73315	PIRAS GIANCARLO	161	29/11/2010	1
CONDIZIONI DI PAGAMENTO			BANCA D'APPOGGIO				
0050 - MANDATO 90 GG.D.F.-ART.50 L.833							
TRASPORTO A CURA DEL		PORTO	VETTORE				
VETTORE		FRANCO					

Codice	Descrizione	U. M.	Quantità	Prezzo Unitario	Sconti	Prezzo Totale	Consegna
	SATURIMETRO KTPS 02 S/N: HF600225 * TIPO DIFETTO RISCONTRATO DAL CLIENTE: - NON RILEVA LA SPO2 E LA FC  TIPO DIFETTO RISCONTRATO DAL SERVIZIO ASSISTENZA ED INTERVENTO CONSIGLIATO: - SOSTITUIRE CAVO PROLUNGA E SENSORE						
KTPS-ADP-01	CAVO DI PROLUNGA PER SENSORE	PZ	1,00	100,00000		100,00	29/11/2010
RSJ001DA	SENSORE PLURIUSO ADULTI	PZ	1,00	120,00000		120,00	29/11/2010
/	MANODOPERA * PRÖT. 78270 DEL 25.11.10	N.	1,00	83,00000		83,00	29/11/2010

SPESE TRASPORTO	SC % MERCE IMPORTO SCONTI	TOTALE NETTO	TOTALE (Iva Inclusa)
15,00		318,00	EUR 381,60

ANNOTAZIONI





AUC



**SURGICAL INTERNATIONAL MARKETING**

**DIREZIONE GENERALE, AMMINISTRAZIONE E MAGAZZINO**

Via Gramsci, 9 - 40018 San Pietro in Casale - BOLOGNA - ITALIA  
 TEL. ++39 - 051 - 810572 - ++39 - 051 - 817802 - ++39 - 051 - 817850  
 FAX ++39 - 051 - 817845

E-Mail: info@simitalia.it - Sito Internet: www.simitalia.it

Sede legale: Via Nazario Sauro, 29 - 40121 Bologna - ITALIA

Registro Imprese di Bologna / COD.FISC./ PART.IVA 01228210371 - C.C.I.A.A. 242185

Capitale Sociale Euro 10.920,00 i.v.

Certificata UNI EN ISO 13485:2004 UNI EN ISO 9001:2008

No. Iscrizione RAEE IT08020000002831

SPETT.LE

**AZIENDA U.S.L. N. 5  
 VIA CARDUCCI 35  
 09170 ORISTANO (OR)**

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
 ASL n° 5 - ORISTANO  
 Dipartimento di Area Tecnica  
 Servizio Ingegneria Clinica

Arrivato il \_\_\_\_\_

Prot. N. \_\_\_\_\_ SIC \_\_\_\_\_

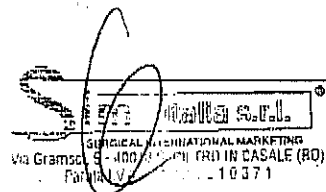
**PREVENTIVO**

C. CLIENTE	PARTITA IVA	TELEFONO	FAX	AGENTE	NUMERO	DATA	PAGINA
OR5	00681110953	0783/317781	0783/73315	PIRAS GIANCARLO	160	29/11/2010	1
CONDIZIONI DI PAGAMENTO			BANCA D'APPOGGIO				
0050 - MANDATO 90 GG.D.F.-ART.50 L.833							
TRASPORTO A CURA DEL		PORTO		VETTORE			
VETTORE		FRANCO					

Codice	Descrizione	U. M.	Quantità	Prezzo Unitario	Sconti	Prezzo Totale	Consegna
	SATURIMETRO KTPS 01 S/N: PF300633 * TIPO DIFETTO RISCONTRATO DAL CLIENTE: - Guasto						
	TIPO DIFETTO RISCONTRATO DALLA SERVIZIO ASSISTENZA ED INTERVENTO CONSIGLIATO: - Sostituire cavo prolunga sensore e sensore per adulti.						
KTPS-ADP-01	CAVO DI PROLUNGA PER SENSORE	PZ	1,00	100,00000		100,00	29/11/2010
RSJ001DA	SENSORE PLURIUSO ADULTI	PZ	1,00	120,00000		120,00	29/11/2010
/	MANODOPERA	N.	1,00	83,00000		83,00	29/11/2010
	* PROT. 78270 DE 25.11.10						

SPESA TRASPORTO	SC.% MERCE	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	TOTALE (Iva inclusa)
15,00			318,00	EUR 381,60

ANNOTAZIONI



SIMITALIA S.R.L.

TIMBRO E FIRMA PER ACCETTAZIONE