



SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA**DETERMINAZIONE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO**N° 01 DEL 10-01-2011

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 IMPEDEZOMETRO IN DOTAZIONE AL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO - DITTA LABAT.

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 incostituzionalità parziale della L.R. n. 5/2007;

PREMESSO che l'Ambulatorio di Otorinolaringoiatria del Poliambulatorio di Oristano ha inoltrato formale richiesta per la riparazione dell'Impedezometro Amplaid 775 in dotazione allo stesso Presidio Sanitario, 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 dell'Impedezometro Amplaid 775 in uso al Poliambulatorio di Oristano, la Ditta Labat di Mestre-Venezia, in quanto specializzata nel settore delle manutenzioni di attrezzature sanitarie;

DATO ATTO che con nota del Direttore del Servizio di Ingegneria Clinica prot. n. 77455 del 22.11.2011, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. B), è stato richiesto alla Ditta Labat di Mestre-Venezia un preventivo di

spesa per la riparazione dell'Impedezometro Amplaid presente presso il Poliambulatorio di Oristano;

PRECISATO che il predetto intervento tecnico è stato eseguito urgentemente seduta stante, al fine di garantire agli utenti la continuità delle prestazioni sanitarie erogate dall'Ambulatorio di Otorinolaringoiatria del Poliambulatorio di Oristano;

VISTO il consuntivo di spesa presentato dalla Ditta Labat di Mestre-Venezia relativo alla riparazione dell'Impedezometro in argomento, allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. C);

PRESO ATTO della regolarità sotto il profilo tecnico e contabile del predetto consuntivo di spesa presentato dalla Ditta Labat di Mestre-Venezia;

ATTESO che la riparazione dell'Impedezometro è stata regolarmente eseguita, come si evince anche dal rapporto di lavoro firmato dal tecnico della Ditta Labat di Mestre-Venezia e dal Referente del Poliambulatorio di Oristano, allegato al presente atto per farne parte integrante e sostanziale come All. D);

RITENUTO pertanto necessario dover affidare, a posteriori, la riparazione dell'Impedezometro in argomento;

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, a posteriori, alla Ditta Labat di Mestre-Venezia la riparazione dell'Impedezometro Amplaid 775 in dotazione all'Ambulatorio di Otorinolaringoiatria del Poliambulatorio di Oristano, per l'importo complessivo presunto di Euro 410,40 IVA compresa;

Di autorizzare il costo complessivo presunto di Euro 410,40 IVA compresa, risultante dal consuntivo 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 410,40 IVA compresa, sul Bilancio di competenza e sul centro di costo n° 5AAB02BB102;

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 DIRIGENTE 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 Dirigente del Servizio di Ingegneria Clinica N° 01 DEL 10-01-11

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data consuntivo	Consuntivo IVA esclusa	IVA 20%	Consuntivo IVA inclusa
Poliambulatorio di Oristano	5AAB02BB102	Impedezometro Amplaid 775	Ditta Labat di Mestre-Venezia	14.12.2010	342,00	68,40	410,40

192,00
150,00
0,00
0,00
342,00

su A



ASL Oristano

AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di intervento per manutenzione correttiva su dispositivi elettromedicali
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie
Parte 4: Manutenzione Correttiva
PG 4.01 e PO 4.01

Richiesta n°: 2864947 Data: 22/11/2010 Ora: 9.20

Trasmettere via Fax al seguente numero: **0783-779102**

Presidio POLIAMBULATORIO H ORISTANO	Struttura Organizzativa	Edificio - Piano - Stanza PIANO PRIMO OTORINOLARINGOIATRIA		
N° Inventario SIE 1932	Matricola serie 20800074	Descrizione apparecchiatura IMPEDENZOMETRO AMPLAD 775		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice	Proprietà (Azienda/Service/Altri)		
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax	Garanzia /	Urgente SI	Fermo Macchina SI	
Descrizione del Malfunzionamento: <u>MESSAGGIO H ERRORE: CHEEK PROBE</u>				

Referente di Struttura CAPOZZA Sig. H. ATZA Tel. 0783 387510
Organizzativa:

Il Richiedente
RESPONSABILE
AREA
OTORINOLARINGOIATRIA
ASL ORISTANO

Parte riservata al Ricevente

D. SSA PEDDIO CIELLA
Dirigente Medico

N° Pratica		
------------	--	--



SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO

L'Assistito _____ Cognome e Nome _____ Data di nascita _____		TESSERA SANITARIA N. _____
Residente _____ Comune _____ Via _____		


Prestazione richiesta _____

dal dott. STEFANO L. CRISTINA (91)

REFERTO

Al RESPONSABILE DEL POLIAMBULATORIO

IL FOTOCOPIATO, DE BRUNO CARTA, SEGNALE CHE L'IMPEDENZOMETRO AMPUAD 775, SIC 1932 SERIE 2080074, MOSTRA IL SEGUENTE MESSAGGIO DI ERRORE "CHECK PROBE" NON PERMETTENDO L'EFFETTUAZIONE DEGLI ESAMI.


POLIAMBULATORIO - ORISTANO
OTORINOLARINGOIATRIA
Dott. Carta Bruno Roberto
Il Medico Specialista

CR // 22. NOV. 2010

AUB



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0077455

Oristano li, 22/11/2010

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

Fax 041 616124
Tel 041 2667686

Spett.le Ditta LABAT srl
Via Don Tosatto, 39
30174 Mestre-Venezia

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione all'Ambulatorio di Otorinolaringoiatria del Poliambulatorio di Oristano.

Apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Impedenzometro Amplaid 755	Serie 20800074	Messaggio di errore: Cheek Probe

L'offerta dovrà pervenire via fax (0783/779102) presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine.**

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 l'Unità Operativa (centralino 0783 3171) o con il Servizio di Ingegneria Clinica al seguente numero telefonico 0783 317331.

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 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.

La Ditta potrà in caso di estrema urgenza, debitamente motivata dal Responsabile della predetta Unità Operativa, eseguire seduta stante, l'intervento tecnico richiesto e, in tal caso, 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 e salvatore.seoni@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 dell'Unità Operativa della regolarità dell'intervento.

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.

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 dell'Unità Operativa.**

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



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Dr. Ing. Barbara Podda-

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

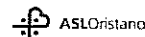
www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica

Dr. Ing. Barbara Podda

Pag. 1 di 1



AUC

**LABAT S.R.L.**

VIA DON TOSATTO, 39 - 30174 MESTRE (VE) Italia
 P.I. IT02297850261 C.F. 02297850261
 Tel. 041-2667686 Fax 041-616124
 www.labat.it - e.mail: info@labat.it

Mestre li, 14/12/2010

CONSUNTIVO DI SPESA N. 001467

Vostro riferimento: PROT.0077455 DEL 22/11/2010

Apparecchiature:

Produttore:	AMPLAID	Nr. Serie:	208000074
Modello:	IMPEDENZOMETRO AMPLAID 775	Inventario:	
Ubicazione:	OSPEDALE S.MARTINO	Interventi tecnici Nr.:	9824

COD. ARTICOLO	DESCRIZIONE	U.M.	Q.TA'	PREZZO	SCONTI	IMPORTO	C.IVA
00735	RIMBORSO CHILOMETRICO	NR	240	0,80		192,00	20
00601	ORA TRASFERTA	NR	3	50,00		150,00	20
00600	ORA MANODOPERA	NR	1	60,00	100		20

Servizio Sanitario Regione Sardegna
 ASL n° 5 - ORISTANO
 Dipartimento di Area Tecnica
 Servizio Ingegneria Clinica
 Arrivato il 17-12-10
 Prot. N. 83060 SIC

Imponibile	342,00
IVA	68,40
Totale Euro	410,40

CONDIZIONI DI FORNITURA	ATTENZIONE:
Garanzia:	
Consegna:	
Trasporto:	
Pagamento:	BONIFICO BANCARIO 90 GG FM
Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti e cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti	
LABAT s.r.l. Aldo Mineo Lanza	
Timbro e firma per accettazione	

Bolla di lavorazione N. 09824

COPIA PER IL CLIENTE

Data 1.12.2010 Cliente ASL. N° 5 ORISTANO
Via P. B. Città ORISTANO Provincia OR
Vs. Ordine Ente

Codice	Denominazione prodotto	Matricola	Causale imputazione
	AMPLAID 775	20800074	01
			Addebito 01
			Contratto 02
			Installazione 03
			Garanzia 04
			Omaggio 05

1ª USCITA

Viaggi 1 Km 240 ore 3 minuti 00 Taratura
Durata intervento ore 1 minuti 00 Cod. Tecnico
Descrizione del guasto check-plate ; intervento richiesto

Verifica all'ordine

data _____ Firma LAB. _____

Laboratorio			Data consegna collaudo		
Durata intervento	ore	minuti	Viaggi Km	ore	min.
			Durata intervento	ore	min.
Codice	Descrizione ricambi	Quantità	<input checked="" type="checkbox"/> Intervento concluso <input type="checkbox"/> Intervento da concludere <input type="checkbox"/> Allegati certificati		
			Eventuali comunicazioni:		
			<u>INTERVENTO LA VS. RICAMBIO</u>		
			<u>PROT. N. 0077455 DEL 21/11/2010</u>		

Rapporto di intervento:

controllo generale di funzionalità e nuovo
manipolazione pompa plate.

POLIAMBULATORIO - ORISTANO
OTORINOLARINGOIATRIA

Controllo Qualità: requisiti tecnico-qualitativi ispezione estetica - verifica di funzionalità test di ascolto. Verifica caratteristiche.	Data: <u>1.12.2010</u>	Dott. <u>Carta Bruno Roberto</u>
	Firma LAB. <u>[Signature]</u>	Data: <u>02.12.2010</u>
		Firma cliente <u>[Signature]</u>