

LIQ FATTURE NOLEGGIO

P.O. SAN MARTINO

DATA COLLAUDO 22/11/10

PENTRA DX 120

DATA COLLAUDO 01/02/11

PENTRA DF 120

| n. fattura | data fattura | importo | data trasmissione |
|------------|--------------|-------------|-------------------|
| 1106547 | 28/12/10 | € 2.182,25 | |
| 1108763 | 28/03/11 | € 10.550,00 | |
| 1109246 | 18/04/11 | € 8.399,99 | |

P.O. G.P.DELOGU

DATA COLLAUDO 22/11/10

PENTRA DF 120

| n. fattura | data fattura | importo | data trasmissione |
|------------|--------------|------------|-------------------|
| 1106548 | 28/12/10 | € 3.703,22 | |
| 1108765 | 28/03/11 | € 8.399,99 | |

P.O. MASTINO

DATA COLLAUDO 01/01/11

PENTRA DF 120

| n. fattura | data fattura | importo | data trasmissione |
|------------|--------------|------------|-------------------|
| 1108769 | 28/03/11 | € 8.399,99 | |

Allegato n° 1 alla determinazione
 Sent. Provveditorato N° 274 del 07.06.2011
 Composto di n° 1 foglio

Francesca.Bianchi









Da: stefania.renzini@horiba.com [stefania.renzini@horiba.com]

Inviato: mer 27/04/2011 14.08

A: Francesca.Bianchi

Cc: provveditorato

Oggetto: invio documentazione

Allegati:  copia dei 4 verbali di consegna.pdf(293KB)  RDS e verbali di collaudo.pdf(954KB)  pic32190.jpg(7KB)  pic08275.jpg(956B)  pic02469.jpg(9KB)
 pic25519.jpg(1018B)  pic14341.jpg(956B)  pic26197.jpg(25KB)

Gentile Sig.ra Bianchi,
facendo seguito alla Sua nota prot 3130440/(FB) del 27/04/11 e come da colloqui telefonici intercorsi, con la presente Le rimetto in allegato la copia dei verbali di consegna, dei rapporti di installazione e dei verbali di collaudo delle 4 apparecchiature presenti presso i Presidi di Oristano, Ghilarza e Bosa
(See attached file: copia dei 4 verbali di consegna.pdf)(See attached file: RDS e verbali di collaudo.pdf)

In caso di necessità o chiarimenti, non esiti a contattarmi al numero sotto riportato.

Cordiali saluti,

Stefania RENZINI
Service Manager Assistant
(Embedded image moved to file: pic32190.jpg)Horiba Medical(Embedded image moved to file: pic08275.jpg)Horiba Medical(Embedded image moved to file: pic02469.jpg)Horiba Medical Address
(Embedded image moved to file: pic25519.jpg)Phone : +39 06 51 59 22 28 |
Fax : +39 06 51 96 43 34
www.horiba.com/medical (Embedded image moved to file: pic14341.jpg)
stefania.renzini@horiba.com
(Embedded image moved to file: pic26197.jpg)Horiba Medical Green Message

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 274 del 07.06.2011
Composto di n° 13 fogli



VERBALE DI COLLAUDO

| | | |
|--------------|-------------------------------|--------------------------|
| Strumento: | Mod. <u>PENTAD DF 120</u> | Matr. <u>01CPDF1024</u> |
| Versione Sw: | <u>2.2.1</u> | |
| Stampante: | Mod. <u>EPSON HL2000</u> | Matr. <u>KB7E 231308</u> |
| Ups: | Mod. <u></u> | Matr. <u></u> |
| Pc: | Mod. <u>DELL OPTIPLEX 760</u> | Matr. <u>HPVW1F4J</u> |

| | |
|--|---------------------------|
| Ente/Cliente: <u>ASL N°5 ORISTANO C/O DR. S. MARTINO</u> | |
| Indirizzo: <u>VIA ROCKEFELLER</u> | |
| Reparto: <u>LABORATORIO ANALISI</u> | Città: <u>ORISTANO</u> |
| Telefono: <u>0783 317312</u> | Fax: <u></u> |
| Data di installazione: <u>25-01-2011</u> | N° Rapporto: <u>50868</u> |

VERIFICHE

| | SI | No |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Strumentazione funzionante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strumentazione rispondente al Bando di gara / Ordine Cliente | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenza dei Manuali d'uso | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazione accessori completa | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eventuali osservazioni:

In seguito all'esito positivo dei controlli tecnici effettuati nella fase di installazione dell'analizzatore in oggetto, se ne dichiara la conformità alle specifiche tecniche.

Timbro Fornitore
e firma Tecnico
DIAGNOSTICA SERVICE SRL
07040 SASSARI - S.S. 331 C. Felice. 192
Tel. 079 290368
C.C.I.A.A. Sassari R.E.A. n. 137547
Partita Iva e C.F. 01954320907

Timbro Ente/Cliente
e firma Responsabile

Roberto J...

CLIENTE ASCS spa ex S. Martin
INDIRIZZO VIA BICHENO
CITTÀ Bosa CAP 08013
REPARTO Lab. Analisi TEL 078122108

DIMOSTRAZIONE
GARA DI SERVIZIO
GARANZIA
FLUORI GARANZIA
CONTRATTO A.T.
TIPO []

RIPARAZIONE MODIFICA
MANUTENZIONE VISITA
INSTALLAZIONE ALTRO
SISTEMA [] N. VERSIONE []
SERIE [] PROGRAMMA []
PDF 22.1
OHDF10p7

ORA INIZIO INTERVENTO 11:00
ORA FINE INTERVENTO 17:30
ORE LAVORO 65
ORE VIAGGIO A.R. 20
F

| DESCRIZIONE DEL PROBLEMA | CONTROLLI DA ESEGUIRE | DESCRIZIONE PARTI DI RICAMBIO | CODICE | QTA |
|------------------------------|---|-------------------------------|--------|-----|
| <u>INSTALLAZIONE</u> | EMATOLOGIA | | | |
| LAVORI ESEGUITI | MECCANICA <input type="checkbox"/> | | | |
| <u>SEGUITO INSTALLAZIONE</u> | PRESSIONI <input type="checkbox"/> | | | |
| | FLUIDICA <input type="checkbox"/> | | | |
| | BACKGROUND <input type="checkbox"/> | | | |
| | ACCURATEZZA <input type="checkbox"/> | | | |
| | CORR. AUTO/MANUALE <input type="checkbox"/> | | | |
| | RIPETIBILITA' <input type="checkbox"/> | | | |
| | MATRICE LMNE <input type="checkbox"/> | | | |
| | BIOCHIMICA | | | |
| | MECCANICA <input type="checkbox"/> | | | |
| | FLUIDICA <input type="checkbox"/> | | | |
| | FLASH ADJUST <input type="checkbox"/> | | | |
| | RIPETIBILITA' <input type="checkbox"/> | | | |
| | FLUID ADJUST (ISE) <input type="checkbox"/> | | | |
| EVENTUALI OSSERVAZIONI | ORDINE | | | |
| | TELEFONICO <input type="checkbox"/> | | | |
| | SCRITTO <input type="checkbox"/> | | | |
| | N° [] DEL [] | | | |

FIRMA E TIMBRO CLIENTE _____
FIRMA DEL TECNICO _____
50852

RISERVATO AMMINISTRAZIONE



VERBALE DI COLLAUDO

Strumento: Mod. PENTRA DF Matr. 011PDF1007
 Versione Sw: 2.2.1
 Stampante: Mod. EPSON M1000 Matr. K022107172^
 Ups: Mod. Matr.
 Pc: Mod. DELL OPTIPLEX 760 Matr. C18RF4J

| | |
|--|---------------------------|
| Ente/Cliente: <u>ASL N°5 DI ORISTANO 90 OSP. G. MASSIMO DI BOSSA</u> | |
| Indirizzo: <u>VIA PISCHEVVA</u> | |
| Reparto: <u>LABORATORIO DNDLVI</u> | Città: <u>BOSSA</u> |
| Telefono: <u>0785 215308</u> | Fax: <u></u> |
| Data di installazione: <u>21-12-2010</u> | N° Rapporto: <u>50852</u> |

VERIFICHE

| | Si | No |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Strumentazione funzionante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strumentazione rispondente al Bando di gara / Ordine Cliente | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenza dei Manuali d'uso | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazione accessori completa | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eventuali osservazioni:

In seguito all'esito positivo dei controlli tecnici effettuati nella fase di installazione dell'analizzatore in oggetto, se ne dichiara la conformità alle specifiche tecniche.

Timbro Fornitore
e firma Tecnico

DIAGNOSTICA SERVICE SRL
 07040 SASSARI, S.S. 101 C. Falco, 192
 tel. 079 380368
 C.C.I.A.A. Sassari R.E.A. n. 137547
 Partita Iva e C.F. 01954320907

Timbro Ente/Cliente
e firma Responsabile

CLIENTE Alessandro osp. G.P. Delegu
INDIRIZZO colle Umberto 176
CITTÀ Genova CAP 102074
REPARTO Lab. Analisi TEL 010 660244

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA

INSTALLAZIONE

LAVORI ESEGUITI

INSTALLAZIONE

EVENTUALI OSSERVAZIONI

RISERVATO AMMINISTRAZIONE

DATA RICHIESTA

GIORNO [] MESE [] ANNO []

DATA INTERVENTO

GIORNO 10.9 MESE 1.6 ANNO 1.0

DIMOSTRAZIONE
GARA DI SERVIZIO
GARANZIA
FUORI GARANZIA
CONTRATTO A.T.
TIPO []

RIPARAZIONE
MANUTENZIONE
INSTALLAZIONE
ALTRO

SISTEMA 9202B N. SERIE []
VERSIONE PROGRAMMA 2.2.1
[] [] []
[] CADVF0296

ORA INIZIO INTERVENTO 12:00
ORA FINE INTERVENTO 17:00

ORE LAVORO 5.0
ORE VIAGGIO A.R. 4.5

A. Carius

DESCRIZIONE PARTI DI RICAMBIO

QTA

CODICE

CONTROLLI DA ESEGUIRE

EMATOLOGIA

MECCANICA
PRESSIONI
FLUIDICA
BACKGROUND
ACCURATEZZA
CORR. AUTO/MANUALE
RIPETIBILITA'
MATRICE LIMNE

BIOCHIMICA

MECCANICA
FLUIDICA
FLASH ADJUST
RIPETIBILITA'
FLUID ADJUST (ISE)

ORDINE

TELEFONICO SCRITTO
N° [] DELL' []

FIRMA LAVORATORE N° 5. CRISTIANO

OSPEDALE "G.P. DELOGU" - GHILARZA

Servizio di Medicina di Laboratorio

A. Carius Dirigente Responsabile

Dr. Bruno Floris

44157



VERBALE DI COLLAUDO

Strumento: Mod. PENTRA 120 DF Matr. 010PDF0996
 Versione Sw: .L.2.1
 Stampante: Mod. EPSON F1000 Matr. KA22200058*
 Ups: Mod. Matr.
 Pc: Mod. Matr.

| | |
|---|----------------------------------|
| Ente/Cliente: <u>ASL N°5 c/o Ospedale G.P. DELOGU</u> | |
| Indirizzo: <u>CORRADO VADICIL 176</u> | |
| Reparto: <u>LABORATORIO ANALISI</u> | Città: <u>GHILARZA</u> |
| Telefono: <u>0785560241</u> | Fax: <u> </u> |
| Data di installazione: <u>02/12/2010</u> | N° Rapporto: <u>44157</u> |

VERIFICHE

| | SI | No |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Strumentazione funzionante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strumentazione rispondente al Bando di gara / Ordine Cliente | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenza dei Manuali d'uso | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazione accessori completa | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Eventuali osservazioni:

In seguito all'esito positivo dei controlli tecnici effettuati nella fase di installazione dell'analizzatore in oggetto, se ne dichiara la conformità alle specifiche tecniche.

Timbro Fornitore
DIAGNOSTICA SERVICE SRL
 07040 SASSARI - S.S. 124 - G. Felice - 192
 tel. 079.390348
 C.C.I.A.A. Sassari R.E.A. n. 137547
 Partita Iva C.F. 01954320907

Timbro Ente/Cliente
 e firma Responsabile
 AZIENDA U.S.L. N° 5 - ORISTANO
 OSPEDALE "G.P. DELOGU" - GHILARZA
 Servizio di Medicina di Laboratorio
 Il Dirigente Responsabile
 /Dr. Bruno Floris

DATA RICHIESTA
GIORNO _____ MESE _____ ANNO _____

DATA INTERVENTO
GIORNO 22 MESE 11 ANNO 10

TECNICO
A. Caprus

COD _____

CLIENTE Servis SpA Osp. S. Martino

INDIRIZZO Via Rockefeller

CITTA' OSTIA LIDIA CAP 02070

REPARTO LAB. ANALISI TEL _____

DIMOSTRAZIONE
GARA DI SERVIZIO
GARANZIA
FUORI GARANZIA
CONTRATTO A.T.
TIPO _____

RIPARAZIONE MODIFICA
MANUTENZIONE VISITA
INSTALLAZIONE ALTRO

ORA INIZIO INTERVENTO 08:30
ORA FINE INTERVENTO 13:30
ORE LAVORO 5,0
ORA VIAGGIO A.R. 1,0

SISTEMA PRIMO N. SERIE _____
VERSIONE PROGRAMMA 2.2.0

DESCRIZIONE PARTI DI RICAMBIO _____
CODICE _____
QTA _____

CONTROLLI DA ESEGUIRE

EMATOLOGIA
MECCANICA
PRESSIONI
FLUIDICA
BACKGROUND
ACCURATEZZA
CORR. AUTO/MANUALE
RIPETIBILITA'
MATRICE LMNE

DESCRIZIONE DEL PROBLEMA
INSTALLAZIONE
ESEGUITA INSTALLAZIONE SISTEMA PRIMO/DX

BIOCHIMICA
MECCANICA
FLUIDICA
FLASH ADJUST
RIPETIBILITA'
FLUID ADJUST (ISE)

EVENTUALI OSSERVAZIONI _____

ORDINE
TELEFONICO SCRITTO
N° _____ DELL' _____

FIRMA E TIMBRO CLIENTE
Flavia Terenzi

FIRMA DEL TECNICO
A. Caprus
48369



VERBALE DI COLLAUDO

| | | | | |
|--------------|------|---------------|-------|------------|
| Strumento: | Mod. | PENTED DX 110 | Matr. | 059PDX0783 |
| Versione Sw: | | .2.2.1 | | |
| Stampante: | Mod. | EPSON PL 6000 | Matr. | KAR2458285 |
| Ups: | Mod. | | Matr. | |
| Pc: | Mod. | | Matr. | |

| | |
|--|--------------------|
| Ente/Cliente: ASL U'S c/o Osp. S. PIETRO | |
| Indirizzo: via ROCKWELLER | |
| Reparto: LABORATORIO ANALISI | Città: ORISTANO |
| Telefono: 0783 317319 | Fax: |
| Data di installazione: 25-11-2010 | N° Rapporto: 48373 |

VERIFICHE

| | SI | NO |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Strumentazione funzionante | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Strumentazione rispondente al Bando di gara / Ordine Cliente | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Presenza dei Manuali d'uso | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dotazione accessori completa | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| |
|-------------------------|
| Eventuali osservazioni: |
| |
| |
| |

In seguito all'esito positivo dei controlli tecnici effettuati nella fase di installazione dell'analizzatore in oggetto, se ne dichiara la conformità alle specifiche tecniche.

| |
|---|
| Timbro Fornitore DIAGNOSTICA SERVICE SRL 07040 SASSARI - S.S. 131 C. Felice, 192 tel. 079 390868 C.C.I.A.A. Sassari R.E.A. n. 137547 Partita Iva e C.F. 04954320907 |
|---|

| |
|---|
| Timbro Ente/Cliente e firma Responsabile |
| |



HORIBA ABX SAS
Société par Actions Simplifiée
Viale Luca Gaurico, 209 / 211
00143 Roma - Italia
Tel.: 06 51 59 22 1
Fax: 06 51 96 43 34

VERBALE DI CONSEGNA

Nome Fornitore: **HORIBA ABX S.A.S.**
Société par Actions Simplifiée
Via: **Viale Luca Gaurico 209/211**
Città: **Roma**
Telefono: **06-5159221**
Fax: **06-51964334**
Partita IVA: **05402981004**
Lotto N°: **4**

| |
|--|
| Ente Richiedente: ASL 5 Oristano |
| N° protocollo Ordine Ente: 73344 |
| Data Ordine: 03/11/2010 |
| Luogo Consegna: P.O. G. Mastino, Via Pischedda, 08013 Bosa - Lab. Analisi |
| Data Consegna: 16/12/2010 |
| N° progressivo Ordinativo di fornitura: CC/HM/05/2010 del 05/11/2010 |
| N° progressivo di Installazione: I/21/2010 |
| Apparecchiatura Consegnata: Pentra 120 DF s/n 011PDF1007 |
| Note: N° apparecchiature richieste nell'ordinativo prot. 73344: 4 |

Per il Fornitore
(timbro e firma)

-----**HORIBA ABX S.A.S.**-----
Société par Actions Simplifiée
V.le Luca Gaurico, 209/211
00143 Roma

Per l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



HORIBA ABX SAS
Société par Actions Simplifiée
Viale Luca Gaurico, 209 / 211
00143 Roma - Italia
Tel.: 06 51 59 22 1
Fax: 06 51 96 43 34

VERBALE DI CONSEGNA



Nome Fornitore: **HORIBA ABX S.A.S.**
Société par Actions Simplifiée
Via: **Viale Luca Gaurico 209/211**
Città: **Roma**
Telefono: **06-5159221**
Fax: **06-51964334**
Partita IVA: **05402981004**
Lotto N°: **4**

| |
|--|
| Ente Richiedente: ASL 5 Oristano |
| N° protocollo Ordine Ente: 73344 |
| Data Ordine: 03/11/2010 |
| Luogo Consegna: P.O. P.G. Delogu , Corso Umberto, 176 09074 Ghilarza - Lab. Analisi |
| Data Consegna: 01/12/2010 |
| N° progressivo Ordinativo di fornitura: CC/HM/05/2010 del 05/11/2010 |
| N° progressivo di Installazione: I/20/2010 |
| Apparecchiatura Consegnata: Pentra 120 DF s/n 010PDF0996 |
| Note: N° apparecchiature richieste nell'ordinativo prot. 73344; 4 |

Per il Fornitore
(timbro e firma)

HORIBA ABX S.A.S.
Société par Actions Simplifiée
Viale Luca Gaurico, 209/211
00143 Roma

Per l'Amministrazione Contraente
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO
OSPEDALE "G.P. DELOGU" - GHILARZA
Servizio di Medicina di Laboratorio
Dirigente Responsabile
Dr. Bruno Floris

Rev.0 |

Verbale di Consegna

| pag. 1

VERBALE DI CONSEGNA



Nome Fornitore: **HORIBA ABX S.A.S.**
Société par Actions Simplifiée
Via: **Viale Luca Gaurico 209/211**
Città: **Roma**
Telefono: **06-5159221**
Fax: **06-51964334**
Partita IVA: **05402981004**
Lotto N°: **4**

| |
|---|
| Ente Richiedente: ASL 5 Oristano |
| N° protocollo Ordine Ente: 73344 |
| Data Ordine: 03/11/2010 |
| Luogo Consegna: P.O. San Martino di Oristano, Via Rockefeller 09170 -Oristano - Lab. Analisi |
| Data Consegna: 19/01/2011 |
| N° progressivo Ordinativo di fornitura: CC/HM/05/2010 del 05/11/2010 |
| N° progressivo di Installazione: I/1/2011 |
| Apparecchiatura Consegnata: Pentra 120 DF s/n 012PDF1024 |
| Note: N° apparecchiature richieste nell'ordinativo prot. 73344: 4 |

Per il Fornitore
(timbro e firma)

HORIBA ABX S.A.S.
Société par Actions Simplifiée
Viale Luca Gaurico, 209/211
00143 Roma

Per l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

[Handwritten signature]

HORIBA ABX SAS
Société par Actions Simplifiée
Viale Luca Gaurico, 209 / 211
00143 Roma - Italia
Tel.: 06 51 59 22 1
Fax: 06 51 96 43 34

VERBALE DI CONSEGNA



Nome Fornitore: **HORIBA ABX S.A.S.**
Société par Actions Simplifiée
Via: **Viale Luca Gaurico 209/211**
Città: **Roma**
Telefono: **06-5159221**
Fax: **06-51964334**
Partita IVA: **05402981004**
Lotto N°: **4**

| |
|---|
| Ente Richiedente: ASL 5 Oristano |
| N° protocollo Ordine Ente: 73344 |
| Data Ordine: 03/11/2010 |
| Luogo Consegna: P.O. San Martino di Oristano, Via Rockefeller 09170 -Oristano - Lab. Analisi |
| Data Consegna: 18/11/2010 |
| N° progressivo Ordinativo di fornitura: CC/HM/05/2010 del 05/11/2010 |
| N° progressivo di Installazione: I/13/2010 |
| Apparecchiatura Consegnata: Pentra 120 DX s/n 009PDX0983 |
| Note: N° apparecchiature richieste nell'ordinativo prof. 73344: 4 |

Per il Fornitore
(timbro e firma)

HORIBA ABX S.A.S.
Société par Actions Simplifiée
V.le Luca Gaurico, 209/211
00143 Roma

Per l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)