





# BIOSONIC - LASERMEDICS

codice cliente <b>21.01.0247</b>	tipo documento <b>Fattura</b>	
numero <b>360 S</b>	data <b>30.09.2010</b>	foglio <b>2</b>

**ASL 5 ORISTANO**  
**VIA CARDUCCI N. 35**  
**09170 ORISTANO OR (IT)**

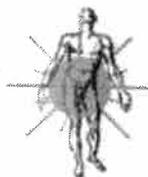
Codice Fiscale 00681110953	partita IVA IT 00681110953	descrizione pagamento 17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	1a scadenza
spedizione a mezzo CORRIERE IN P.F.	porto FRANCO	banca d'appoggio 06385 CARISBO C/C 10715	codice IBAN IT32M063850241107400010715W 02411 AG S.VIOLA BO

codice	descrizione	UM	quantità	prezzo un.	% sc.	importo	%IVA
003901	DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopi a - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Ales Direttore del Distretto Dott. Peppinetto Figus IN CONTO VS.ORDINE D.D.T. n.000147 del 09.09.2010 Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20	NR	1,00	990,00		990,00	20
		ù	1,00	990,00		990,00	20

IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA - D. Lgs. del 2.9.97 N. 313 - Circ. Ministeriale del 24.12.97 N. 328/E

totale merci		spese incasso		spese trasporto		spese imballo		sconto cassa	
Imponibile		Imponibile		Imponibile		Imponibile		esente/non imponibile	
%		%		%		%		%	
IVA		IVA		IVA		IVA		IVA	
								totale imponibile	
								totale IVA	
								totale da pagare	

BIOSONIC s.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabreccia, 26/A  
Tel.051.725260 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it  
Cod.Fisc.00485280226 - P.Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.LBO 51508  
Iscrizione RAEE [T0900000000608]



# BIOSONIC - LASERMEDICS

codice cliente <b>21.01.0247</b>	tipo documento <b>Fattura</b>	
numero <b>360 S</b>	data <b>30.09.2010</b>	foglio <b>3</b>

**ASL 5 ORISTANO**

**VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)**

Codice Fiscale 00681110953	partita IVA IT 00681110953	descrizione pagamento 17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	la scadenza
spedizione a mezzo CORRIERE IN P.F.	porto FRANCO	banca d'appoggio 06385 CARISBO C/C 10715	codice IBAN IT32M063850241107400010715W 02411 AG S.VIOLA BO

codice	descrizione	UM	quantità	prezzo un.	% sc.	importo	%IVA
003901	- 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta compolto di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopi a - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al <b>Poliambulatorio di Terralba</b> Direttore del Distretto Dott. Peppinetto Figus IN CONTO VS.ORDINE D.D.T. n.000148 del 09.09.2010 Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x	NR	1,00	990,00		990,00	20

IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA - D. Lgs. del 2.9.97 N. 313 - Circ. Ministeriale del 24.12.97 N. 328/E

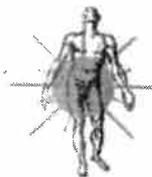
totale merci		spese incasso		spese trasporto		spese imballo		sconto cassa	
Imponibile		Imponibile		Imponibile		Imponibile		esente/non imponibile	
%		%		%		%		%	
IVA		IVA		IVA		IVA		IVA	
								totale imponibile	
								totale IVA	
								totale da pagare	

BIOSONICs.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabreccia, 26/A

Tel.051.725260 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it

Cod. Fisc.00485280226 - P.Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.LBO 51508

Iscrizione RABE IT0900000000000081



# BIOSONIC - LASERMEDICS

codice cliente <b>21.01.0247</b>	tipo documento <b>Fattura</b>	
numero <b>360 S</b>	data <b>30.09.2010</b>	foglio <b>4</b>

**ASL 5 ORISTANO**

**VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)**

Codice Fiscale 00681110953	partita IVA IT 00681110953	descrizione pagamento 17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	1a scadenza
spedizione a mezzo CORRIERE IN P.F.	porto FRANCO	banca d'appoggio 06385 CARISBO C/C 10715	codice IBAN IT32M063850241107400010715W 02411 AG S.VIOLA BO

codice	descrizione	UM	quantità	prezzo un.	% sc.	importo	%IVA
003901	- 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta compelto di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopi a - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al <b>Poliambulatorio di Ghilarza</b> Direttore del Distretto Dott.ssa A.F. Camboni IN CONTO VS.ORDNE D.D.T. n.000149 del 09.09.2010 Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm.	NR	1,00	990,00		990,00	20

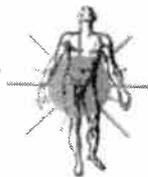
IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA - D. Lgs. del 2.9.97 N. 313 - Circ. Ministeriale del 24.12.97 N. 328/E

totale merci		spese incasso		spese trasporto		spese imballo		sconto cassa	
Imponibile		Imponibile		Imponibile		Imponibile		esente/non imponibile	
%		%		%		%		%	
IVA		IVA		IVA		IVA		IVA	
								totale IVA	
								totale da pagare	

BIOSONIC s.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabreccia, 26/A  
Tel.051.725260 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it

Cod. Fisc. 00485280226 - P. Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.I.BO 51508

(iscrizione RAEE IT090000000000008)



# BIOSONIC - LASERMEDICS

codice cliente <b>21.01.0247</b>	tipo documento <b>Fattura</b>	
numero <b>360 S</b>	data <b>30.09.2010</b>	foglio <b>5</b>

**ASL 5 ORISTANO**

**VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)**

Codice Fiscale 00681110953	partita IVA IT 00681110953	descrizione pagamento 17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	la scadenza
spedizione a mezzo CORRIERE IN P.F.	porto FRANCO	banca d'appoggio 06385 CARISBO C/C 10715	codice IBAN IT32M063850241107400010715W 02411 AG S.VIOLA BO

codice	descrizione	UM	quantità	prezzo un.	% sc.	importo	%IVA
003901	(piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta compolto di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopi a - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al <b>Poliambulatorio di Bosa</b> Direttore del Distretto Dott.ssa A.F. Camboni IN CONTO VS.ORDINE D.D.T. n.000161 del 27.09.2010 Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010						
003112	MS-DHR5 MedicalSCOPE <dermoscope> HR-USB <b>Dermatoscopio Digitale ad altissima risoluzione (30 fotogrammi al secondo di risoluzione 1024x768 pixel) collegabile direttamente a qualunque personal computer (portatile o desktop) tramite porta USB 2.0. Sonda dotata di cavo USB 2.0 di 3 m di lunghezza e connettore dorato. s/n HR-17800250.0 COMPLETO DI:</b>	NR	1,00	10.800,00		10.800,00	20

IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA - D. Lgs. del 2.9.97 N. 313 - Circ. Ministeriale del 24.12.97 N. 328/E

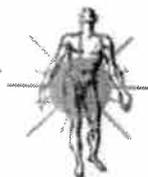
totale merci		spese incasso		spese trasporto		spese imballo		sconto cassa	
Imponibile		Imponibile		Imponibile		Imponibile		esente/non imponibile	
%		%		%		%		%	
IVA		IVA		IVA		IVA		IVA	
								totale IVA	
								totale da pagare	

BIOSONICs.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabrecca, 26/A

Tel.051.725260 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it

Cod.Fisc.00485280226 - P.Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.IBO 51508

Iscrizione RAEE - IT090600000000081



# BIOSONIC - LASERMEDICS

codice cliente <b>21.01.0247</b>	tipo documento <b>Fattura</b>	
numero <b>360 S</b>	data <b>30.09.2010</b>	foglio <b>6</b>

**ASL 5 ORISTANO**

**VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)**

Codice Fiscale 00681110953	partita IVA IT 00681110953	descrizione pagamento 17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	la scadenza 31.12.2010
spedizione a mezzo 1/2 NOSTRO	porto 06385 CARISBO C/C 10715	banca d'appoggio 02411 AG S.VIOLA BO	codice IBAN IT32M063850241107400010715W

codice	descrizione	UM	quantità	prezzo un.	% sc.	importo	%IVA
003120	MS-ENT Software di archiviazione immagini Medicalscope Enterprise con mappa corpo umano in 3D Versione 2.0.2	NR	1,00				20
003131	KY-USB Chiave Hardware USB La chiave hardware USB è necessaria all'attivazione della licenza d'uso per il software MedicalSCOPE <enterprise>.	NR	1,00				20
003273	LIC. N. V632-Y88Z-J4C6-UVQS OE-030H Ottica ad epiluminescenza 30X s/n HR-17800250.2	NR	1,00				20
003267	OE-020H Ottica ad epiluminescenza 20X s/n HR-17800250.4	NR	1,00				20
003260	ON-010 Ottica a luce normale 10X s/n HR-17800250.5	NR	1,00				20
003264	OP-16MM Ottica Panoramica s/n HR-17800250.4 PAN	NR	1,00				20
003123	FS-USB2 Pedale Fermo Immagine USB S/N 6220-0158	NR	1,00				20
003133	CS-BLK Case Porta-Ottiche e Porta-man.	NR	1,00				20
003251	PC PACKARD BELL MODELLO IMEDIA S3800 S/N PVU460201701113C812700 completo di WIN 7 HOME PREMIUM OA ACER GROUND LIC. 00196-062-408-995	NR	1,00				20

IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA - D. Lgs. del 2.9.97 N. 313 - Circ. Ministeriale del 24.12.97 N. 328/E

totale merci		spese incasso		spese trasporto		spese imballo		sconto cassa	
Imponibile		Imponibile		Imponibile		Imponibile		esente/non imponibile	
%		%		%		%		%	
IVA		IVA		IVA		IVA		IVA	
								totale IVA	
								totale da pagare	

BIOSONICs.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabreccia, 26/A  
Tel.051.725260 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it

Cod. Fisc.00485280226 - P.Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.LBO 51508

Iscrizione RAEE IT09060000000081



# BIOSONIC - LASERMEDICS

codice cliente <b>21.01.0247</b>	tipo documento <b>Fattura</b>	
numero <b>360 S</b>	data <b>30.09.2010</b>	foglio <b>7</b>

**ASL 5 ORISTANO**

**VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)**

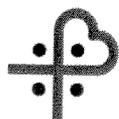
Codice Fiscale 00681110953	partita IVA IT 00681110953	descrizione pagamento 17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	la scadenza 31.12.2010
spedizione a mezzo 1/2 NOSTRO	porto	banca d'appoggio 06385 CARISBO C/C 10715	codice IBAN IT32M063850241107400010715W 02411 AG S.VIOLA BO

codice	descrizione	UM	quantità	prezzo un.	% sc.	importo	%IVA
003250	MONITOR PACKARD BELL MODELLO VISEO 200T S/N ETD220B00300900CAF7510	NR	1,00				20
003252	STAMPANTE LASER A COLORI SAMSUNG MODELLO CLP-325 S/N Z4PRBAFZ506194	NR	1,00				20
999996	INTERFACCIA ESTERNA PER STAMPANTE (CAVO USB)	NR	1,00				20
003253	CARRELLO CERTIFICATO MEDICALE CON BRACCIO PORTAMONITOR MOD. MC 6050TR MATRICOLA 226/2010 ***** A SALDO VS.ORDINE	NR	1,00				20

IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA - D. Lgs. del 2.9.97 N. 313 - Circ. Ministeriale del 24.12.97 N. 328/E

totale merci		spese incasso		spese trasporto		spese imballo		sconto cassa	
<b>15.750,00</b>									
Imponibile		Imponibile		Imponibile		Imponibile		esente/non imponibile	
<b>15.750,00</b>									
%	IVA	%	IVA	%	IVA	%	IVA	totale imponibile	
<b>20</b>	<b>3.150,00</b>							<b>15.750,00</b>	
								totale IVA	
								<b>3.150,00</b>	
								totale da pagare	
								<b>18.900,00</b>	

BIOSONICs.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabreccia, 26/A  
Tel.051.725280 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it  
Cod. Fisc.00485280226 - P.Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.LBO 51508  
Iscrizione RAEE IT0900000000081



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

## VERBALE DI COLLAUDO N° 385

Rif.: QRLRif

Data: 30/09/2010

Secondo CEI 62-122

### Dati di riferibilità

N° Ordine **54430**

Fornitore **COSTA SNC**

Esito **POSITIVO**

N° Inventario, Matricola, Descrizione Apparecchiatura o di altro oggetto non inventariato

**N° 3207, Matr. 226/2010, CARRELLO SERVITORE PER ENDOSCOPI - COSTA SNC - MC 6050 TR**

Centro di costo - Reparto

Luogo in cui si sono svolte le operazioni

**AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA DEL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**

Note

Allegato n° 2 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato N° 534 del 22/11/11  
 Composto di n° 43 fogli

### Verifiche Accettazione

1. Verifica dell'integrità dell'imballo [ SI ] [ NO ] [ NA ]
2. Verifica che quanto ordinato sia corrispondente a quanto consegnato [ SI ] [ NO ] [ NA ]
3. Controllo visivo che il dispositivo non abbia evidenti danni esterni [ SI ] [ NO ] [ NA ]
4. Verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti di accompagnamento/trasporto [ SI ] [ NO ] [ NA ]
5. Verifica che nella documentazione annessa sia presente:
  - Manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana) [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Manuale di manutenzione ed eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesti nella documentazione di acquisto) [ SI ] [ NO ] [ NA ]
6. Verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto [ SI ] [ NO ] [ NA ]
7. Verifica dei dati di targa (riportati anche nella verifica di sicurezza) [ SI ] [ NO ] [ NA ]  
 Nota: Tra i dati di targa o sull'imballo oppure sul manuale d'uso dei dispositivi medici prodotti fuori dell'ambito UE deve comparire anche il nominativo e l'indirizzo completo del legale rappresentante del produttore (mandatario) in ambito o Comunitari
8. Verifica della compatibilità delle alimentazioni disponibili (es.: elettrica, pneumatica, idraulica, termica. ecc.) ed in accordo con quanto specificato nelle istruzioni d'uso [ SI ] [ NO ] [ NA ]
9. Verifica che i valori nominali dei fusibili (accessibili) siano in accordo con i dati di targa [ SI ] [ NO ] [ NA ]  
 Nota: In caso di fusibili o dispositivi di protezione contro le sovracorrenti non accessibili o non immediatamente identificabili, si dovrà interpellare il costruttore
10. Verifica delle condizioni di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica
  - Componenti interni saldamente fissati [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Manopole di comando e controllo saldamente fissate [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Dispositivi di controllo dell'apparecchio [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Presenza Interruttore di rete [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Conformità della spia di rete [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - In caso di allarmi verificare che metodo e frequenza di verifica di tali sistemi siano presenti all'interno dei manuali allegati [ SI ] [ NO ] [ NA ]



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**VERBALE DI COLLAUDO n° 385**

Data **30/09/2010**

pagina 2

**Verifiche Elettriche**

Ri. doc. Verifica Elettrica \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_ Esito positivo [ SI ] [ NO ]  
 Verifiche Particolari [ SI ] [ NO ]  
 Note \_\_\_\_\_

**Marchi, Marcature e Norme**

L'apparecchio è marcato CE [ SI ] [ NO ]  
 L'apparecchio e' accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (DLgs.46/97) [ SI ] [ NO ]  
 Classificazione (93/42/CEE) [ I ] [ II a ] [ II b ] [ III ] [ NO ]  
 L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri [ SI ] [ NO ]  
 L'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme [ SI ] [ NO ]  
 Note \_\_\_\_\_

**Verifiche funzionali**

Verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso e secondo le modalità previste da guide particolari esistenti o in preparazione.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante [ SI ] [ NO ]
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto [ SI ] [ NO ]
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso [ SI ] [ NO ]
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso [ SI ] [ NO ]

**Lista Operazioni**

**Note**

Esito **POSITIVO**

Data **30/09/2010**

La ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Il reparto sanitario \_\_\_\_\_

Il Tecnico per ASL \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

## VERBALE DI COLLAUDO N° 385

Rif.: QRLRif

Data: 30/09/2010

Secondo CEI 62-122

### Dati di riferibilità

N° Ordine **54430**

Fornitore

Esito **POSITIVO**

N° Inventario, Matricola, Descrizione Apparecchiatura o di altro oggetto non inventariato

**N° 3208, Matr. PVU460201701113C812700, COMPUTER CON SOFTWARE PER DERMATOLOGIA DELLA DITTA PAKARD BELL**

Centro di costo - Reparto

Luogo in cui si sono svolte le operazioni

**AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA DEL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**

Note

### Verifiche Accettazione

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Verifica dell'integrità dell'imballo   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 2. Verifica che quanto ordinato sia corrispondente a quanto consegnato  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 3. Controllo visivo che il dispositivo non abbia evidenti danni esterni   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 4. Verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti di accompagnamento/trasporto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 5. Verifica che nella documentazione annessa sia presente:  |                      |
| - Manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manuale di manutenzione ed eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesti nella documentazione di acquisto)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 6. Verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 7. Verifica dei dati di targa (riportati anche nella verifica di sicurezza)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: Tra i dati di targa o sull'imballo oppure sul manuale d'uso dei dispositivi medici prodotti fuori dell'ambito UE deve comparire anche il nominativo e l'indirizzo completo del legale rappresentante del produttore (mandatario) in ambito o Comunitari |                      |
| 8. Verifica della compatibilità delle alimentazioni disponibili (es.: elettrica, pneumatica, idraulica, termica. ecc.) ed in accordo con quanto specificato nelle istruzioni d'uso  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 9. Verifica che i valori nominali dei fusibili (accessibili) siano in accordo con i dati di targa   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: In caso di fusibili o dispositivi di protezione contro le sovracorrenti non accessibili o non immediatamente identificabili, si dovrà interpellare il costruttore   |                      |
| 10. Verifica delle condizioni di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica   |                      |
| - Componenti interni saldamente fissati   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manopole di comando e controllo saldamente fissate  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Dispositivi di controllo dell'apparecchio   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Presenza Interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità della spia di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - In caso di allarmi verificare che metodo e frequenza di verifica di tali sistemi siano presenti all'interno dei manuali allegati  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**VERBALE DI COLLAUDO n° 385**

Data **30/09/2010**

pagina 2

**Verifiche Elettriche**

Ri. doc. Verifica Elettrica \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_ Esito positivo [ SI ] [ NO ]  
Verifiche Particolari [ SI ] [ NO ]  
Note \_\_\_\_\_

**Marchi, Marcature e Norme**

L'apparecchio è marcato CE [ SI ] [ NO ]  
L'apparecchio e' accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (DLgs.46/97) [ SI ] [ NO ]  
Classificazione (93/42/CEE) [ I ] [ II a ] [ II b ] [ III ] [ NO ]  
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri [ SI ] [ NO ]  
L'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme [ SI ] [ NO ]  
Note \_\_\_\_\_

**Verifiche funzionali**

Verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso e secondo le modalità previste da guide particolari esistenti o in preparazione.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

- 1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante [ SI ] [ NO ]
- 2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto [ SI ] [ NO ]
- 3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso [ SI ] [ NO ]
- 4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso [ SI ] [ NO ]

**Lista Operazioni**

**Note**

Esito **POSITIVO**

Data **30/09/2010**

La ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Il reparto sanitario \_\_\_\_\_

Il Tecnico per ASL \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

## VERBALE DI COLLAUDO N° 385

Rif.: **QRLRif**

Data: **30/09/2010**

Secondo CEI 62-122

### Dati di riferibilità

N° Ordine **54430**

Fornitore \_\_\_\_\_

Esito **POSITIVO**

N° Inventario, Matricola, Descrizione Apparecchiatura o di altro oggetto non inventariato

**N° 3209, Matr. Z4PRBAFZ506194X, STAMPANTE SAMSUNG MODELLO CLP-325**

Centro di costo - Reparto \_\_\_\_\_

Luogo in cui si sono svolte le operazioni

**AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA DEL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**

Note

### Verifiche Accettazione

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Verifica dell'integrità dell'imballo   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 2. Verifica che quanto ordinato sia corrispondente a quanto consegnato  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 3. Controllo visivo che il dispositivo non abbia evidenti danni esterni   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 4. Verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti di accompagnamento/trasporto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 5. Verifica che nella documentazione annessa sia presente:  |                      |
| - Manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manuale di manutenzione ed eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesti nella documentazione di acquisto)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 6. Verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 7. Verifica dei dati di targa (riportati anche nella verifica di sicurezza)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: Tra i dati di targa o sull'imballo oppure sul manuale d'uso dei dispositivi medici prodotti fuori dell'ambito UE deve comparire anche il nominativo e l'indirizzo completo del legale rappresentante del produttore (mandatario) in ambito o Comunitari |                      |
| 8. Verifica della compatibilità delle alimentazioni disponibili (es.: elettrica, pneumatica, idraulica, termica. ecc.) ed in accordo con quanto specificato nelle istruzioni d'uso  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 9. Verifica che i valori nominali dei fusibili (accessibili) siano in accordo con i dati di targa   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: In caso di fusibili o dispositivi di protezione contro le sovracorrenti non accessibili o non immediatamente identificabili, si dovrà interpellare il costruttore   |                      |
| 10. Verifica delle condizioni di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica   |                      |
| - Componenti interni saldamente fissati   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manopole di comando e controllo saldamente fissate  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Dispositivi di controllo dell'apparecchio   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Presenza Interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità della spia di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - In caso di allarmi verificare che metodo e frequenza di verifica di tali sistemi siano presenti all'interno dei manuali allegati  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**VERBALE DI COLLAUDO n° 385**

Data **30/09/2010**

pagina 2

**Verifiche Elettriche**

Ri. doc. Verifica Elettrica \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_ Esito positivo [ SI ] [ NO ]  
 Verifiche Particolari [ SI ] [ NO ]  
 Note \_\_\_\_\_

**Marchi, Marcature e Norme**

L'apparecchio è marcato CE [ SI ] [ NO ]  
 L'apparecchio e' accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (DLgs.46/97) [ SI ] [ NO ]  
 Classificazione (93/42/CEE) [ I ] [ II a ] [ II b ] [ III ] [ NO ]  
 L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri [ SI ] [ NO ]  
 L'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme [ SI ] [ NO ]  
 Note \_\_\_\_\_

**Verifiche funzionali**

Verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso e secondo le modalità previste da guide particolari esistenti o in preparazione.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante [ SI ] [ NO ]
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto [ SI ] [ NO ]
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso [ SI ] [ NO ]
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso [ SI ] [ NO ]

**Lista Operazioni**

**Note**

Esito **POSITIVO**

Data **30/09/2010**

La ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Il reparto sanitario \_\_\_\_\_

Il Tecnico per ASL \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

## VERBALE DI COLLAUDO N° 385

Rif.: QRLRif

Data: 30/09/2010

Secondo CEI 62-122

### Dati di riferibilità

N° Ordine **54430**

Fornitore \_\_\_\_\_

Esito **POSITIVO**

N° Inventario, Matricola, Descrizione Apparecchiatura o di altro oggetto non inventariato

**N° 3210, Matr. ETD220B00300900CAF510, MONITOR PC/TV PAKARD BELL MODELLO VIDEO 200T**

Centro di costo - Reparto \_\_\_\_\_

Luogo in cui si sono svolte le operazioni

**AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA DEL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**

Note

### Verifiche Accettazione

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Verifica dell'integrità dell'imballo   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 2. Verifica che quanto ordinato sia corrispondente a quanto consegnato  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 3. Controllo visivo che il dispositivo non abbia evidenti danni esterni   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 4. Verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti di accompagnamento/trasporto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 5. Verifica che nella documentazione annessa sia presente:  |                      |
| - Manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manuale di manutenzione ed eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesti nella documentazione di acquisto)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 6. Verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 7. Verifica dei dati di targa (riportati anche nella verifica di sicurezza)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: Tra i dati di targa o sull'imballo oppure sul manuale d'uso dei dispositivi medici prodotti fuori dell'ambito UE deve comparire anche il nominativo e l'indirizzo completo del legale rappresentante del produttore (mandatario) in ambito o Comunitari |                      |
| 8. Verifica della compatibilità delle alimentazioni disponibili (es.: elettrica, pneumatica, idraulica, termica. ecc.) ed in accordo con quanto specificato nelle istruzioni d'uso  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 9. Verifica che i valori nominali dei fusibili (accessibili) siano in accordo con i dati di targa   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: In caso di fusibili o dispositivi di protezione contro le sovracorrenti non accessibili o non immediatamente identificabili, si dovrà interpellare il costruttore   |                      |
| 10. Verifica delle condizioni di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica   |                      |
| - Componenti interni saldamente fissati   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manopole di comando e controllo saldamente fissate  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Dispositivi di controllo dell'apparecchio   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Presenza Interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità della spia di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - In caso di allarmi verificare che metodo e frequenza di verifica di tali sistemi siano presenti all'interno dei manuali allegati  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**VERBALE DI COLLAUDO n° 385**

Data **30/09/2010**

pagina 2

**Verifiche Elettriche**

Ri. doc. Verifica Elettrica \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_ Esito positivo [ SI ] [ NO ]  
 Verifiche Particolari [ SI ] [ NO ]  
 Note \_\_\_\_\_

**Marchi, Marcature e Norme**

L'apparecchio è marcato CE [ SI ] [ NO ]  
 L'apparecchio e' accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (DLgs.46/97) [ SI ] [ NO ]  
 Classificazione (93/42/CEE) [ I ] [ II a ] [ II b ] [ III ] [ NO ]  
 L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri [ SI ] [ NO ]  
 L'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme [ SI ] [ NO ]  
 Note \_\_\_\_\_

**Verifiche funzionali**

Verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso e secondo le modalità previste da guide particolari esistenti o in preparazione.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante [ SI ] [ NO ]
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto [ SI ] [ NO ]
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso [ SI ] [ NO ]
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso [ SI ] [ NO ]

**Lista Operazioni**

**Note**

Esito **POSITIVO**

Data **30/09/2010**

La ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Il reparto sanitario \_\_\_\_\_

Il Tecnico per ASL \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

## VERBALE DI COLLAUDO N° 385

Rif.: QRLRif

Data: 30/09/2010

Secondo CEI 62-122

### Dati di riferibilità

N° Ordine **54430**

Fornitore **FASTBRAIN ENGINEERING SRL)**

Esito **POSITIVO**

N° Inventario, Matricola, Descrizione Apparecchiatura o di altro oggetto non inventariato

**N° 3211, Matr. HR17800250.0, VIDEODERMATOSCOPIO - FASTBRAIN ENGINEERING SRL) - MEDICALSCOPE DERMOSCOPE HR**

Centro di costo - Reparto

Luogo in cui si sono svolte le operazioni

**AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA DEL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**

Note

### Verifiche Accettazione

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Verifica dell'integrità dell'imballo   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 2. Verifica che quanto ordinato sia corrispondente a quanto consegnato  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 3. Controllo visivo che il dispositivo non abbia evidenti danni esterni   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 4. Verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti di accompagnamento/trasporto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 5. Verifica che nella documentazione annessa sia presente:  |                      |
| - Manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manuale di manutenzione ed eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesti nella documentazione di acquisto)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 6. Verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 7. Verifica dei dati di targa (riportati anche nella verifica di sicurezza)   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: Tra i dati di targa o sull'imballo oppure sul manuale d'uso dei dispositivi medici prodotti fuori dell'ambito UE deve comparire anche il nominativo e l'indirizzo completo del legale rappresentante del produttore (mandatario) in ambito o Comunitari |                      |
| 8. Verifica della compatibilità delle alimentazioni disponibili (es.: elettrica, pneumatica, idraulica, termica. ecc.) ed in accordo con quanto specificato nelle istruzioni d'uso  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| 9. Verifica che i valori nominali dei fusibili (accessibili) siano in accordo con i dati di targa   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| Nota: In caso di fusibili o dispositivi di protezione contro le sovracorrenti non accessibili o non immediatamente identificabili, si dovrà interpellare il costruttore   |                      |
| 10. Verifica delle condizioni di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica   |                      |
| - Componenti interni saldamente fissati   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Manopole di comando e controllo saldamente fissate  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Dispositivi di controllo dell'apparecchio   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Presenza Interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - Conformità della spia di rete   | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |
| - In caso di allarmi verificare che metodo e frequenza di verifica di tali sistemi siano presenti all'interno dei manuali allegati  | [ SI ] [ NO ] [ NA ] |



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**VERBALE DI COLLAUDO n° 385**

Data **30/09/2010**

pagina 2

**Verifiche Elettriche**

Ri. doc. Verifica Elettrica \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_ Esito positivo [ SI ] [ NO ]  
Verifiche Particolari [ SI ] [ NO ]  
Note \_\_\_\_\_

**Marchi, Marcature e Norme**

L'apparecchio è marcato CE [ SI ] [ NO ]  
L'apparecchio e' accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (DLgs.46/97) [ SI ] [ NO ]  
Classificazione (93/42/CEE) [ I ] [ II a ] [ II b ] [ III ] [ NO ]  
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri [ SI ] [ NO ]  
L'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme [ SI ] [ NO ]  
Note \_\_\_\_\_

**Verifiche funzionali**

Verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso e secondo le modalità previste da guide particolari esistenti o in preparazione.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

- 1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante [ SI ] [ NO ]
- 2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto [ SI ] [ NO ]
- 3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso [ SI ] [ NO ]
- 4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso [ SI ] [ NO ]

**Lista Operazioni**

**Note**

Esito **POSITIVO**

Data **30/09/2010**

La ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Il reparto sanitario \_\_\_\_\_

Il Tecnico per ASL \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

## VERBALE DI COLLAUDO N° 385

Rif.: **QRLRif**

Data: **30/09/2010**

Secondo CEI 62-122

### Dati di riferibilità

N° Ordine **54430**

Fornitore **FASTBRAIN ENGINEERING SRL)**

Esito **POSITIVO**

N° Inventario, Matricola, Descrizione Apparecchiatura o di altro oggetto non inventariato

**N° 3212, Matr. V632-Y88Z-J4C6-UVQS, SOFTWARE - FASTBRAIN ENGINEERING SRL)**

Centro di costo - Reparto

Luogo in cui si sono svolte le operazioni

**AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA DEL POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**

Note

### Verifiche Accettazione

1. Verifica dell'integrità dell'imballo [ SI ] [ NO ] [ NA ]
2. Verifica che quanto ordinato sia corrispondente a quanto consegnato [ SI ] [ NO ] [ NA ]
3. Controllo visivo che il dispositivo non abbia evidenti danni esterni [ SI ] [ NO ] [ NA ]
4. Verifica che il dispositivo ed i suoi accessori corrispondano alle indicazioni dei documenti di accompagnamento/trasporto [ SI ] [ NO ] [ NA ]
5. Verifica che nella documentazione annessa sia presente:
  - Manuale d'uso (obbligatorio in lingua italiana) [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Manuale di manutenzione ed eventuali allegati tecnici (se espressamente richiesti nella documentazione di acquisto) [ SI ] [ NO ] [ NA ]
6. Verifica che sia presente la documentazione richiesta dalla direttiva 93/42/CEE e quella espressamente concordata in fase di acquisto [ SI ] [ NO ] [ NA ]
7. Verifica dei dati di targa (riportati anche nella verifica di sicurezza) [ SI ] [ NO ] [ NA ]  
Nota: Tra i dati di targa o sull'imballo oppure sul manuale d'uso dei dispositivi medici prodotti fuori dell'ambito UE deve comparire anche il nominativo e l'indirizzo completo del legale rappresentante del produttore (mandatario) in ambito o Comunitari
8. Verifica della compatibilità delle alimentazioni disponibili (es.: elettrica, pneumatica, idraulica, termica. ecc.) ed in accordo con quanto specificato nelle istruzioni d'uso [ SI ] [ NO ] [ NA ]
9. Verifica che i valori nominali dei fusibili (accessibili) siano in accordo con i dati di targa [ SI ] [ NO ] [ NA ]  
Nota: In caso di fusibili o dispositivi di protezione contro le sovracorrenti non accessibili o non immediatamente identificabili, si dovrà interpellare il costruttore
10. Verifica delle condizioni di sicurezza elettrica, idraulica, pneumatica, meccanica, termica
  - Componenti interni saldamente fissati [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Manopole di comando e controllo saldamente fissate [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Dispositivi di controllo dell'apparecchio [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Presenza Interruttore di rete [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - Conformità della spia di rete [ SI ] [ NO ] [ NA ]
  - In caso di allarmi verificare che metodo e frequenza di verifica di tali sistemi siano presenti all'interno dei manuali allegati [ SI ] [ NO ] [ NA ]



ASL Oristano

Servizio di Ingegneria Clinica

- Tel: 0783 31 -7356/7338/7330 Fax: 0783 779102 E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**VERBALE DI COLLAUDO n° 385**

Data **30/09/2010**

pagina 2

### Verifiche Elettriche

Ri. doc. Verifica Elettrica \_\_\_\_\_ eseguita in data \_\_\_\_\_ Esito positivo [ SI ] [ NO ]

Verifiche Particolari [ SI ] [ NO ]

Note \_\_\_\_\_

### Marchi, Marcature e Norme

L'apparecchio è marcato CE [ SI ] [ NO ]

L'apparecchio e' accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (DLgs.46/97) [ SI ] [ NO ]

Classificazione (93/42/CEE) [ I ] [ III a ] [ III b ] [ III ] [ NO ]

L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri [ SI ] [ NO ]

L'apparecchio è conforme ad altre direttive e norme [ SI ] [ NO ]

Note \_\_\_\_\_

### Verifiche funzionali

Verifiche funzionali/prestazionali secondo le specifiche contenute nel manuale d'uso e secondo le modalità previste da guide particolari esistenti o in preparazione.

Alla presenza dei sottoindicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante [ SI ] [ NO ]
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto [ SI ] [ NO ]
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso [ SI ] [ NO ]
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso [ SI ] [ NO ]

### Lista Operazioni

Note

Esito **POSITIVO**

Data **30/09/2010**

La ditta fornitrice \_\_\_\_\_

Il reparto sanitario \_\_\_\_\_

Il Tecnico per ASL \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



# AZIENDA ASL N°5-AREA TECNICA

## Servizio di Ingegneria Clinica

P.O. San Martino Via Rockefeller 23, 09170 Oristano

Dirigente Responsabile: Ing. Raffaele Peralta

TEL: 0783-31-7286/7330/7331

FAX:0783-779102

Mod. SIC-5.a

PO-5.01 PG-5.01

N° Pratica:

UP 385

N° Inventario:

DA 3204 - A 3212

Matricola:

Apparecchiatura:

VIDEODERMATOSCOPIO

Cod. CIVAB:

N° Ordine:

Data Scadenza Garanzia:

Costruttore:

Fornitore:

BIOSONIC SRL

Luogo del collaudo:

TOCCADERMATOLOGICO ORISTANO

Struttura Organizzativa:

AMB. DERMATOLOGIA

Note:

### Verifiche Elettriche

Rif. Doc. Verifica Elettrica:

VED. SUCESATE

Eseguita in data:

30/09/10

VS necessarie:

SI  NO

Esito positivo:

SI  NO

Necessità intervento:

SI  NO

#### Dati Accettazione

Integrità dell'imballaggio	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Esistenza del Manuale di servizio	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Componenti interni saldamente fissati	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Manopole di comando e controllo saldamente fissate	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Corrente nominale dei fusibili in accordo con i dati di targa	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Dispositivi di controllo dell'apparecchio regolarmente funzionanti	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Esistenza di condizioni di sicurezza meccanica (esame a vista)	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Presenza Interruttore di rete	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Conformità delle serigrafie dell'interruttore di rete	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Conformità della spia di rete	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR



# AZIENDA ASL N°5-AREA TECNICA

## Servizio di Ingegneria Clinica

P.O. San Martino Via Rockefeller 23, 09170 Oristano

Dirigente Responsabile: Ing. Raffaele Peralta

TEL: 0783-31-7286/7330/7331

FAX:0783-779102

Mod. SIC-5.a

PO-5.01 PG-5.01

### Dati Elettrici

Tensione Alimentazione: \_\_\_\_\_  
 Corrente Assorbita: \_\_\_\_\_  
 Potenza Assorbita: \_\_\_\_\_  
 Necessità Bombe:  SI  NO  
 Num. Bombe: \_\_\_\_\_

Apparecchio Medico	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Apparecchio da Laboratorio	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Apparecchio elettrico non medico	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Classe elettrica I	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Classe elettrica II	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Classe elettrica AI	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Tipo elettrico B	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Tipo elettrico BF	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Tipo elettrico CF	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Classificazione Marchiata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Classificazione Dichiarata	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Classificazione Desunta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Morsetto terra di protezione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Morsetto terra di equipotenzialità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Morsetto terra funzionale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Cavo di alimentazione Separabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
Cavo di alimentazione Non Separabile	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR

Tipo Gas

### Marchi e Norme

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (D.L.46/97)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è di classe 1 (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è di classe 2a (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è di classe 2b (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è di classe 3 (93/42/CEE)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è marchiato CE ; rif. Dir.'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 , mod. 92/31	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è marchiato CE ; rif. Dir.'Dispositivi Medici' 93/42	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è marchiato CE ; rif. Dir.'Dispositivi Medici Impiantabili' 90/385 , mod. 93/68	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è marchiato CE con riferimento ad altra direttiva (specificare nelle note)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri (specificare nelle note)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali particolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI (specificare nelle note)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme IEC (specificare nelle note)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR
L'apparecchio è conforme alle norme UNI (specificare nelle note)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NR

Esito collaudo (parte tecnico-amministrativa) POSITIVO

Firma del Tecnico Ditta Fornitrice *Raffaele Peralta* Data: \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile di Reparto *Franco Bues* Data: 20/09/00

Firma del Delegato del Servizio di Ingegneria Clinica *D. Valtieri* Data: \_\_\_\_\_

Altri \_\_\_\_\_



AZIENDA ASL N°5-AREA TECNICA  
Servizio di Ingegneria Clinica

P.O. San Martino Via Rockefeller 23, 09170 Oristano

Dirigente Responsabile: Ing. Raffaele Peralta

TEL: 0783-31-7286/7330/7331

FAX: 0783-779102

Mod. SIC-5.a

PO-5.01 PG-5.01

Per il completamento del collaudo d'accettazione è necessario eseguire le prove funzionali e compilare la parte successiva.

Alla presenza dei sotto-indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per l'apparecchiatura sopra indicata che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante  SI  NO
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto  SI  NO
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso  SI  NO
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso  SI  NO

Ditta Fornitrice: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Tecnico: \_\_\_\_\_

Reparto: \_\_\_\_\_

Data: 21/01/20

Sanitario: \_\_\_\_\_

Servizio di Ingegneria Clinica: \_\_\_\_\_

Data: 21/01/20

Tecnico: \_\_\_\_\_

*Dr. Paolo Gardelli*  
*[Signature]*  
*[Signature]*

Lista Operazioni

--

Note

--

## Verbale di Collaudo

### INFORMAZIONI RELATIVE AL CLIENTE

Indirizzo Cliente **ASL 5 ORISTANO**  
Via Carducci n. 35  
09170 ORISTANO OR

Indirizzo di spedizione  
**POLIAMBULATORIO DI ORISTANO**  
Via Michele Pira, 48 Oristano Or

### INFORMAZIONI RELATIVE AL FORNITORE

**BIOSONIC S.R.L.**  
VIA MACCABRECCIA 26  
40012 LIPPO DI CALDERARA DI RENO (BO)  
TEL 051/725260 – FAX. 051/725308  
E/mail [info@biosonic.it](mailto:info@biosonic.it)

### INFORMAZIONI RELATIVE ALLA FORNITURA

Riferimento nostro DDT. n...161/2010.....emesso il.....27/09/2010 Causale ...VENDITA

Si dichiara che in data.....30/09/2010 .....Presso il Reparto...POLIAMBULATORIO DI ORISTANO

.....  
.....  
dell'Ente/azienda...ASL 5 ORISTANO.....

è stato effettuato il collaudo delle seguenti apparecchiature:

- 1. MS-DHR5 Videodermatoscopio Medicalscope S/N HR-17800250.0 Completo degli accessori indicati nella nostra Bolla di consegna n. 161/2010**

Tutte le apparecchiature sopraindicate, compresi gli accessori, viste e piaciute, sono risultate complete, perfettamente funzionanti in tutte le loro parti, meccaniche, elettriche, elettroniche ed ottiche che pertanto, vengono accettate senza riserva alcuna. Tutte le apparecchiature fornite sono risultate perfettamente rispondenti allo scopo per il quale sono state ordinate. L'acquirente conviene espressamente che le attrezzature sono state scelte dal compratore in quanto oggetto di idonea progettazione, dimensione, adeguatezza, caratteristiche. Esse sono risultate complete di tutti le parti elencate nella bolla di accompagnamento compreso/i di manuale/i d'uso.

Il personale addetto alle apparecchiature oggetto del collaudo, è stato debitamente informato circa il corretto uso delle stesse e su eventuali pericoli derivanti da un uso improprio, da una inadeguata manutenzione o all'uso di parti di ricambio non originali.

La Società BIOSONIC declina ogni responsabilità, qualora avvenga qualunque manomissione da parte di persone non espressamente autorizzate dalla medesima e, in particolar modo, qualora si impieghino parti non originali che potrebbero alterare le misure, i controlli e le Norme di Sicurezza previste dal Costruttore.

Qualsiasi manomissione da parte di persona non qualificata ed autorizzata dalla BIOSONIC comporta il decadimento della Garanzia con effetto immediato.

La garanzia non include gli interventi che si rendessero necessari a causa di danni dovuti a uso improprio, negligenza o colpa grave, dolo, eventi naturali (incendi, fulmini, alluvioni, terremoti, ecc), così come sono esclusi i danni provocati dall'utilizzo di accessori non originali.



**RESOCONTO DI ADDESTRAMENTO APPLICATIVO**

Con riferimento al nostro verbale di Collaudo del 30/09/2010 riferito al nostro DDT n. 161/2010 del 27/09/2010 Si attesta che:

presso l'Ente/Azienda : ASL 5 ORISTANO Reparto/i: POLIAMBULATORIO DI ORISTANO

E' stato effettuato il training applicativo per l'utilizzo delle apparecchiature oggetto del collaudo:

Nominativo del TUTOR 1: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Nominativo del TUTOR 2: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Data	Durata del corso	Nominativo partecipante	Ruolo	Firma
30/09/2010	2h	Dr. Vinci Gianfranco	DIRIGENTE	

**Contenuti del Corso di addestramento** (Rimandare ad eventuali allegati. Ove non disponibili riportare brevemente, ma in maniera esaustiva elenco dei contenuti tecnici e di eventuali esercitazioni pratiche effettuate)

- UTILIZZO TELESCOPIO ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;
- \_\_\_\_\_ ;

In data 30/09/2010 Si è concluso il ciclo di addestramento previsto per le apparecchiature di cui al verbale di collaudo sopra indicato.

L'addestramento erogato fornisce all'utilizzatore le basi per un corretto utilizzo della strumentazione fornita, nel rispetto delle caratteristiche tecnico-funzionali e della destinazione d'uso, in conformità alla normativa del settore. Per dettagli tecnico - informativi ed ulteriori approfondimenti si richiede di fare riferimento alla documentazione tecnica fornita con lo strumento, Manuale d'Istruzioni/d'uso, ed i suoi successivi aggiornamenti.

Per BIOSONIC Srl Nominativo/ruolo: <u>GARDELLI P. PAOLO</u> Firma: <u>Paolo Gardelli</u>	Per il Cliente: il Responsabile del reparto Nominativo: <u>Dr. Vinci Gianfranco</u> Firma: _____
--	--

## Verbale di Collaudo

Collaudo effettuato in data:.....30/09/2010..... alla presenza di:

### PER IL CLIENTE

Nominativo: Dr. Vinei Gianfranco Ruolo: DIRETTORE

Nominativo: ..... Ruolo: .....

Nominativo: ..... Ruolo: .....

### PER IL FORNITORE

I. Nominativo: GARDELLI P. PAOLO Ruolo: .....

Nominativo: ..... Ruolo: .....

### PERIODO DI GARANZIA

Gli strumenti oggetto della fornitura hanno una Garanzia di mesi: .....24 MESI .....come da contratto

La garanzia copre esclusivamente i difetti di fabbricazione. Essa si riferisce alla sola sostituzione delle parti che a giudizio dei tecnici della BIOSONIC dovessero essere giudicati difettosi.

La garanzia non include gli interventi che si rendessero necessari a causa di danni dovuti a uso improprio a danneggiamenti, a cattiva manutenzione o, negligenza o colpa grave, dolo, eventi naturali (incendi, fulmini, alluvioni, terremoti, ecc), così come sono esclusi i danni provocati dall'utilizzo di accessori non originali.

Le spese di manodopera, trasferta e materiali di consumo sono a carico dell'acquirente.

- Si dichiara che le apparecchiature elencate nel presente documento sono conformi alle specifiche tecnico-funzionali da Voi richieste;
- Si dichiara inoltre che la fornitura è conforme alle specifiche contrattuali

### PER IL CLIENTE

### PER BIOSONIC S.R.L.

Nominativo .....

Nominativo: GARDELLI P. PAOLO

Timbro e firma .....

Timbro e firma: Pier Paolo Gardelli

### NOTE/SEGNALAZIONI

In fase di collaudo sono state inoltre effettuate le eventuali verifiche necessarie per:.....

### PER IL CLIENTE

### PER BIOSONIC S.R.L.

Nominativo .....

Nominativo: GARDELLI PIER PAOLO

Timbro e firma .....

Timbro e firma: Pier Paolo Gardelli

# RELAZIONE TECNICA

**Videodermatoscopio MedicalScope <dermoscope - FastBrain Eng. -Italia**

## **VERSIONI HR PRO USB**

Medical Scope <dermoscope> HR PRO USB è il sistema ideale per l'acquisizione e l'archiviazione di immagini digitali composto dal software MedicalScope Enterprise e dal dermatoscopio digitale

Il sistema MedicalScope può essere installato su qualsiasi personal computer di ultima generazione.

Su richiesta il sistema viene fornito con pc di ultima generazione con case compatto, masterizzatore, stampante con qualità fotografica, monitor LCD per una visione ottimale delle immagini acquisite, carrello di supporto medicale e non.

La microcamera (dermatoscopio) è dotata di ottiche intercambiabili PUSH – PULL, ciascuna munita di un proprio sistema di illuminazione che illumina con luce fredda il target dell'osservazione.

Tramite le ottiche e la tecnologia software Enhanced-Digital-Zoom è così possibile ottenere ingrandimenti a pieno schermo che variano da 10 ad oltre 200X. Con il dermatoscopio MedicalScope è possibile inoltre osservare e quindi acquisire ed archiviare immagini ingrandite di epidermide, cute, capelli etc.

### **Caratteristiche tecniche ESCLUSIVE del DERMATOSCOPIO DIGITALE:**

Ad oggi la microcamera è, per caratteristiche tecniche, all'avanguardia nel campo dell'acquisizione di immagini digitali:

- **Dermatoscopio Digitale "MedicalSCOPE <HR> PRO ad altissima risoluzione** dalle seguenti caratteristiche:
- **CCD SONY IC x 24AK a colori (mono ccd ) risoluzione nativa 1024x768 pixel (c.a. 800.000 mega pixel) per fotogramma *live***; (in tempo reale) , formato 1/3"
- Matrice di acquisizione:1024 x 768 x 16 (pixel x pixel x bit) a 30 frame/secondo
- Matrice di visualizzazione:1024 x 768 x 24 (pixel x pixel x bit) a 30 frame/secondo
- Illuminazione minima: 0.5 1x in caso di 1/15s guadagno 20 db
- Tipo di illuminazione: circolare a LED
- Catena del segnale (dal CCD al PC) interamente digitale
- Assenza di convertitore analogico /digitale interno ed esterno
- Bilanciamento del bianco: a due canali, BLU/ROSSO, manuale e automatico
- Manipolo collegabile direttamente alla maggior parte dei PC di ultima generazione (portatile o desktop su porta USB 2) senza necessitare di dispositivi intermediari per la conversione analogico-digitale;
- Sonda dotata di cavo USB 2.0 di 3 m di lunghezza e connettore dorato.
- Telecamera leggera ed ergonomica sia per il destri che per i mancini
- Per l'installazione non è necessaria nessuna opera particolare, ne elettrica che muraria .

#### Caratteristiche tecniche ed ingrandimenti OTTICHE INTERCAMBIABILI :

- Ottiche con ingrandimento 10X, 20X, 30X in epiluminescenza per osservazione di lesioni pigmentate (nevi, couperose, etc.);
- Ottica con ingrandimento 10X normali a luce fredda per indagini dermatologiche delle caratteristiche plastiche della pelle (rughe, psoriasi, escrescenze, etc.);
- Ottica per l'acquisizione di immagini panoramiche
- Ottica con ingrandimento 30X con illuminazione a luce di Wood (luce ultravioletta) per applicazioni medicali ed estetico-cosmetologiche che permette la diagnosi dei disordini della pigmentazione e di alcune patologie cutanee di natura infettiva.
- Sistema di inserimento e disinserimento dell'ottica PUSH.PULL senza necessità di spegnere l'apparecchio
- Custodia dedicata porta ottiche e porta manipolo; coperchio in policarbonato trasparente per ottiche ad epiluminescenza autoclavabili

#### Caratteristiche tecniche del SOFTWARE modello ENTERPRISE :

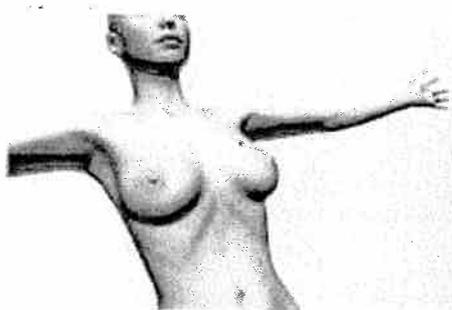
- Postazione ( licenza) singolo utente
- Software "**MedicalSCOPE <enterprise>**" per acquisizione, catalogazione, analisi e confronto delle immagini acquisite a distanza di tempo, misurazione delle lesioni pigmentate e mappatura delle stesse su mappa morfologica umana in 3D, refertazione e gestione anagrafica pazienti; ausilio per il clinico nella diagnosi precoce del melanoma
- Base dati sviluppata su piattaforma Open Source MySQL.
- Possibilità di collegare in rete locale (intranet) più stazioni e possibilità di importare - esportare dati ed immagini da una stazione all'altra compatibilmente al software già presente nell'unità operativa.
- L'accesso al software e alla base dati è protetto da username e password. La base dati della versione <enterprise> è il RDBMS (Sistema di Gestione a Database Relazionale) MySQL che permette agilmente di gestire accesso controllato degli utenti, backup dei dati, gestione della concorrenza sull'accesso ai dati da più terminali (il software funziona anche in rete), etc.
- Memorizza e gestisce un'anagrafica pazienti
- Compare le immagini acquisite a distanza di tempo
- Da qualsiasi postazione sarà possibile effettuare, su DVD, il backup dei dati e delle immagini. In fase di installazione verranno fornite le procedure , a norma di legge, da seguire.
- Formati di archiviazione delle immagini disponibili: - BMP – JPEG – TIFF – PNG
- Possibilità di impostare i parametri in base alle lesioni da analizzare
- Possibilità di acquisire immagini anche da macchina fotografica e/o da scanner, o da qualunque dispositivo (fonte video) compatibile con lo standard WDM (Windows® Driver Model).
- Acquisizione mediante pedale o tramite barra spaziatrice del PC
- Acquisizione immagini e misurazione delle stesse a diversi ingrandimenti
- Possibilità di confronto di 2, 4 o più immagini.

- Possibilità di importazione ed esportazione di immagini da qualsiasi sorgente video (scanner, foto digitali, CD, DVD, ecc.)
- Effettua misurazioni ed analisi (analisi del colore, analisi profilometriche, etc) sulle immagini acquisite;
- Memorizza la posizione delle immagini acquisite sulla mappa morfologica umana;
- Effettua ricerche sulle immagini acquisite partendo dalla loro posizione sulla mappa;
- Permette di redigere, emettere e stampare referti medici personalizzati;
- E' in grado di importare immagini da file, da scanner e da CD;
- Visualizza ed ingrandisce le immagini con tecnologia Enhanced-digital-Zoom che permette un'ottimale immagine (non sgranata) anche a fattori di ingrandimento superiori alla propria risoluzione originale;

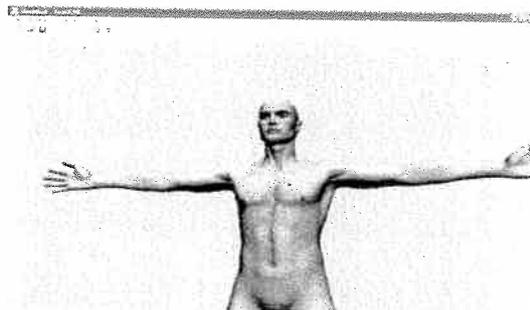
**Tramite il software del sistema MedicalScope è possibile:**

- **Creare e mantenere un database pazienti;** acquisire e memorizzare immagini da qualunque fonte video; importare immagini da file e da qualunque sorgente esterna; visualizzare ed ingrandire le immagini con tecnologia Enhanced-Digital-Zoom; elaborare le immagini memorizzate; effettuare misurazioni e confronti delle immagini; emettere e memorizzare referti medici personalizzabili.
- Possibilità di **salvare i dati** immagazzinati (BACKUP) su supporto digitale o analogico a piacimento, tale operazione dovrà essere fatta dall'operatore a scadenze programmate a piacimento
- **Creazione della scheda paziente:**  
la scheda paziente viene creata direttamente sul sistema gestionale (su uno dei terminali in rete che accedono alla base dati);
- **Acquisizione e conservazione delle Immagini:**  
Le immagini riguardanti le visite dermatologiche vengono acquisite dai videodermatoscopi MedicalSCOPE dai corrispettivi terminali e verranno stoccate nel database MedicalSCOPE; alle immagini possono essere associate descrizioni che rimarranno fruibili da qualunque terminale acceda alla base dati MedicalSCOPE sul quale è stato installato il software MedicalSCOPE <enterprise>;
- **Creazione e conservazione dei referti con immagini:**  
Tramite il software MedicalSCOPE è possibile creare referti con immagini che verranno stoccati nel database MedicalSCOPE; tali referti possono essere esportati dal database MedicalSCOPE in formato PDF e importati nel medesimo formato nel database ; inoltre il software prevede la possibilità di refertazione tramite le linee guida pubblicate dall'associazione italiana A.I.D.N.I.D.
- Le immagini prese con l'ingrandimento a 20x e 30x sono completamente compatibili con il software esterno per il tricogramma digitale "Tricoscan" acquistabile separatamente a richiesta.

Mapa in 3D femminile

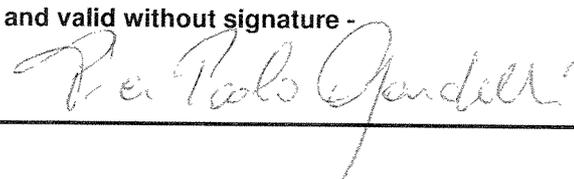


Mapa in 3D maschile



## Inspection Sheet

### Inspection of electrical safety

<b>Job number:</b>		<b>Location:</b>	
<b>Customer number:</b> Asl Oristano <b>Customer: Ambulatorio Dermatologia</b>		<b>Service Organisation: Biosonic S.r.l.</b>	
<b>Serial number: HR-17800250.0</b>		<b>Model: MedicalScope HR</b>	
<b>Inspector: Administrator</b>		<b>Inspection date: 30/09/2010 12.06.55</b>	
<b>Visual Inspection</b>			<b>Result</b>
Connecting cable			OK
Housing and mechanical Parts			OK
Marks, Name plate			OK
<b>Measurement</b>	<b>Measure value</b>	<b>Limit value</b>	<b>Result</b>
Protective conductor resistance	0,149 Ohm	< 0,2 Ohm	OK
Earth leakage current (NC)	0 mA	< 0,5 mA	OK
Earth leakage current (SFC)	0,15 mA	< 1,0 mA	OK
Patient leakage current (NC)	0 mA	< 0,1 mA	OK
Patient leakage current (SFC)	0 mA	< 0,5 mA	OK
Earth leakage current with reversed polarity (NC)	0 mA	< 0,5 mA	OK
Earth leakage current with reversed polarity (SFC)	0,15 mA	< 1,0 mA	OK
Patient leakage current with reversed polarity (NC)	0 mA	< 0,1 mA	OK
Patient leakage current with reversed polarity (SFC)	0 mA	< 0,5 mA	OK
Functional test:			OK
<b>Result:</b>			<b>OK</b>
<b>Remark for Inspection: None</b>			
<b>Safetytest</b>			
<b>Tester:</b>	SAFETYTEST 3R		
<b>Serial number:</b>	G0000040		
<b>Firmware Version:</b>	V68		
<b>PC-Software Version:</b>	1.2.477		
<b>Test specification</b>	Olympus Instruction for Periphery with applied parts		
- This form is prepared automatic and valid without signature -			
Location:	Date: 30.09.2010		
Olympus Version number: ESNW30717.0			

METRON QA-90 Analizzatore Sicurezza Ver 03.13 Serie no.: 11028  
Operatore : KHO Produttore : METRON\_CALIB

-- INFORMAZIONI APPARECCHIO --

Indice appar. : TR226/10 Classe: CL1, B  
Nome sequenza :  
Serie N :  
Modello :  
Struttore : COSTA snc di Costa Michele & Carlo  
Modello : CARRELLO ELETTRIFICATO PORTA SISTEMI ELETTROMEDICALI  
Tipo : MC 6050/ TR Matricola n. 226 /2010  
Reparto :

-- DATA DI SETUP --

Limiti secondo : CEI 62-5 Modal. Test : Automa.  
Tempo di preaccensione : 4 Stop per nuova config. : N  
Tempo per nuovo modulo : N Stop prima di ogni accensione : N  
Prove Mult. di Resist. di Terr.: N Prove Mult. di Corr. Disp. Inv.: N  
Corrente di prova : 25 A Trasf. Isolam. Esterno : N

TEST <Breve>	TIPO	LIMITI	RISULTATO PERICOL
Presenza di aliment	Fase- Neutro		228.8 V
Presenza di aliment	Fase - Terra		229.2 V
Presenza di aliment	Neutro - Terra		1.5 V
Corrente assorbita			290 mA
Tensione di protezione		200 mOhm	86 mOhm
Resistenza di isolamento	Rete - Involucro		>200 MOhm
Corrente disp. a terra	(GR)	1000 uA	149 uA
Corrente disp. a terra	(CN)	500 uA	79.6 uA
Corrente disp. a terra	(GRRI)	1000 uA	149 uA
Corrente disp. a terra	(CNRI)	500 uA	71.0 uA
Corrente disp. involucro	(GR)	500 uA	0.0 uA
Corrente disp. involucro	(CN)	100 uA	0.0 uA
Corrente disp. involucro	(GT)	500 uA	79.3 uA
Corrente disp. involucro	(GRRI)	500 uA	0.0 uA
Corrente disp. involucro	(CNRI)	100 uA	0.0 uA
Corrente disp. involucro	(GTRI)	500 uA	71.0 uA

==> Test superato <==

Commenti :  
:

Data-Ora/Firma : 03/08/2010-20:59

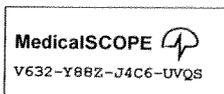
COSTA snc.  
*[Signature]*





mod 01.05

FastBrain – Contratto n. V632-Y88Z-J4C6-UVQS



Bollino di autenticità

## FORNITURA IN LICENZA D'USO E MANUTENZIONE DEI PROGRAMMI

**IMPORTANTE - LEGGERE CON ATTENZIONE:** il presente Contratto di Licenza con l'utente finale (il "Contratto") è un contratto intercorrente tra l'utente (una persona fisica o giuridica, "Cliente") e FastBrain per i prodotti software indicati nel documento "Prospetto Moduli Software" allegato al presente Contratto e che assieme a quest'ultimo *deve* essere conservato a cura del Cliente. Il Prodotto include il software per computer prodotto da FastBrain ("Prodotto Software"), può includere il software prodotto da FastBrain e l'hardware prodotto o assemblato da FastBrain ("Prodotto Hardware-Software") e può includere i supporti di memorizzazione ad esso associati, il materiale stampato e una documentazione "online" o elettronica. Il Prodotto Hardware-Software contiene inoltre gli eventuali aggiornamenti e componenti integrativi al Prodotto Hardware-Software originale fornito da FastBrain. Qualsivoglia software fornito con il Prodotto Hardware-Software e associato a un Contratto di Licenza con l'utente finale distinto viene concesso in licenza all'utente in conformità ai termini e alle condizioni del suddetto Contratto. Installando, copiando, scaricando, visualizzando o altrimenti utilizzando il Prodotto Hardware-Software, l'utente accetta di essere vincolato dalle condizioni del presente Contratto. Qualora l'utente non accetti i termini e le condizioni del presente Contratto di Licenza, allora dovrà restituire prontamente al Rivenditore il Contratto stesso e il prodotto con i relativi documenti e materiali. In tale ipotesi, qualora al momento dell'acquisto il Rivenditore abbia emesso fattura, allora l'utente potrà ottenere il rimborso del prezzo. Al fine di rendere attiva la garanzia per il Prodotto Hardware-Software, il cliente dovrà spedire via fax o tramite posta ordinaria al fornitore FastBrain una copia fotostatica del presente Contratto debitamente timbrata e firmata negli appositi spazi.

### 1. CONDIZIONI GENERALI DI FORNITURA DELL'HARDWARE E DEL SOFTWARE ORDINATI

L'ordine di acquisto della licenza d'uso dei programmi applicativi e/o dell'hardware per elaboratore e di prestazione dei servizi di assistenza tecnica e/o aggiornamento dei programmi e/o dell'hardware è soggetto alle condizioni generali qui di seguito riportate, che il Cliente sottoscrive assieme all'ordine stesso e tali condizioni costituiscono parte integrante dell'accordo di cessione della licenza d'uso del Prodotto Software da parte della FastBrain al Cliente.

### 2. LICENZA D'USO DEL PRODOTTO SOFTWARE

#### 2.1 Concessione in Licenza d'Uso

In considerazione del pagamento integrale dei corrispettivi indicati nell'ordine di fornitura, la FastBrain fornisce al Cliente la licenza d'uso illimitata dei programmi per elaboratore ivi indicati. Il Cliente accetta la licenza d'uso soggetta ai termini e alle condizioni di seguito indicate.

#### 2.2 Consegna, Installazione, Avviamento e Addestramento

I termini per la consegna del Prodotto Hardware-Software, per l'installazione dello stesso e l'addestramento del personale sono indicativi, non vincolanti per la FastBrain e non essenziali per il Cliente. La fornitura sarà considerata avvenuta con la consegna dei supporti magnetici/optici contenenti i programmi stessi e/o dell'hardware a ordine. Qualora il cliente, per suoi motivi, ritardasse la presa in consegna delle procedure, dovrà ugualmente eseguire il pagamento entro i termini previsti dal presente ordine. In tal caso, per data di consegna sarà intesa quella del mancato ritiro dei supporti magnetici/optici e/o dell'hardware.

L'installazione potrà essere eseguita autonomamente dal cliente ove i programmi da installare prevedano una procedura automatizzata. Nel caso in cui sia necessario l'intervento di personale qualificato della FastBrain per eseguire l'installazione presso la sede del Cliente, questo verrà indicato esplicitamente nell'ordine. Prima di procedere all'installazione, il Cliente predisporrà a propria cura e spese gli elaboratori e terminali, i locali e gli impianti elettrici secondo le norme tecniche stabilite dal Fornitore. L'installazione non potrà avvenire prima che i locali siano stati resi conformi alle norme di installazione sopra richiamate.

Per l'avviamento il Cliente potrà utilizzare i manuali e le istruzioni scritte eventualmente allegate ai supporti magnetici/optici forniti. I ogni evenienza il Cliente potrà a proprie discrezione, usufruire del servizio di assistenza telefonica fornito dalla FastBrain, richiedendo tutte le istruzioni necessarie per l'avviamento.

Il Cliente potrà richiedere l'addestramento e l'avviamento presso la sede della FastBrain o presso la propria sede. In tale circostanza il Cliente metterà a disposizione almeno due persone prefissate per tutto il tempo necessario.

Gli interventi di incaricati della FastBrain, di qualsiasi natura (avviamento, addestramento, reinstallazione, istruzione etc.) non sono inclusi nel prezzo della licenza d'uso del software e pertanto, se richiesti, verranno addebitati alla tariffa concordata fra la FastBrain e il Cliente. Le spese di viaggio vitto e alloggio, relative ad interventi presso il Cliente per qualsiasi motivo verranno comunque sempre addebitate.



## mod 01.05

### FastBrain – Contratto n. V632-Y88Z-J4C6-UVQS

manutenzione subisca riduzioni ed il Cliente dovrà corrispondere alla FastBrain (anche se la manutenzione e l'assistenza siano rimaste sospese), oltre ad ulteriori danni, gli interessi da conteggiarsi al tasso pari a 5 punti più del "prime rate" del periodo per ogni somma pagata in ritardo; cioè fino all'integrale pagamento sia del debito sia degli interessi qui stabiliti. Il Cliente è edotto ed accetta che, qualora effettui acquisti o richieda servizi direttamente alla FastBrain e divenga inadempiente con la FastBrain stessa anche per precedenti fornitura la FastBrain sospenderà sia l'invio delle applicazioni ancora da consegnare sia la manutenzione sia qualsiasi eventuale servizio, anche se oggetto di un altro contratto senza che il canone subisca riduzioni, a ciò autorizzandolo espressamente, riconoscendo inoltre che la FastBrain potrà rivolgergli qualsiasi eccezione.

## 4. CONDIZIONI GENERALI

### 4.1 Modalità di Pagamento

Per tutti i pagamenti dovuti, siano essi dovuti a seguito del presente ordine o per contratti precedenti, siano essi relativi ai canoni di manutenzione o per eventuali acquisti di hardware, software, moduli o per il corrispettivo relativo all'addebito dei supporti magnetici contenenti le nuove versioni delle procedure e per spese di spedizione o trasporto degli stessi ed in genere per qualsiasi altro corrispettivo, con la presente sottoscrizione, il Cliente autorizza l'emissione di ricevute bancarie o tratte sulla banca indicata nel presente ordine, addebitando anche le relative spese.

### 4.2 Licenza d'Uso e Linguaggio

I programmi oggetto della fornitura in licenza d'uso e quelli costituenti la manutenzione delle applicazioni vengono forniti, in linguaggio oggetto in licenza d'uso non esclusiva e non trasferibile. È vietato al Cliente eseguire compilazioni, assemblaggi a ritroso o decompilazioni. I programmi vengono forniti senza documentazione tecnica, tracciati record o altri materiali di supporto tecnico.

### 4.3 Limiti e Concessioni della Licenza

Il Prodotto Hardware-Software, all'atto dell'installazione e dove esplicitamente richiesto, può richiedere un codice seriale indispensabile ai fini dell'installazione stessa. Tale codice seriale identifica univocamente la copia del Prodotto Software acquistata e lega indissolubilmente la copia del Prodotto Software acquistata al certificato di licenza d'uso sul quale è riportato. Tale codice seriale potrà essere fornito direttamente da FastBrain o dai suoi distributori stampato su supporto cartaceo e/o elettronico. Il Prodotto Software, all'atto dell'installazione e dove esplicitamente richiesto, può richiedere un codice seriale *non* indispensabile ai fini dell'installazione stessa. In questo caso l'installazione può procedere liberamente anche senza l'inserimento del codice seriale ed il Prodotto Software potrà essere utilizzato come copia dimostrativa o di valutazione ("Versione Demo"). La Versione Demo può contenere delle restrizioni o comunque delle modifiche riguardo alle funzionalità propagandate per il Prodotto Software stesso. In qualunque momento l'utente può passare dalla Versione Demo alla versione completa ("Attivazione") inserendo il codice seriale fornito da FastBrain o da uno dei suoi distributori all'atto dell'acquisto del Prodotto Software. La Versione Demo ha comunque una limitazione di tempo di 60 giorni oltrepassati i quali la Versione Demo continuerà a funzionare ma sarà fatto obbligo all'utente di attivare la Versione Demo nel caso in cui egli desideri continuare ad utilizzare il Prodotto Software. In caso contrario sarà fatto obbligo all'utente di disinstallare la Versione Demo. La copia del Prodotto Software installata ed attivata per la quale sono stati forniti a FastBrain i dati dell'utente al quale tale copia è concessa in licenza d'uso verrà detta "Copia Registrata". Al fine di garantire quanto stabilito nel presente Contratto, FastBrain può servirsi di dispositivi hardware collegabili al computer come specificato in questo Contratto. L'utente può installare, utilizzare, accedere, visualizzare, eseguire o altrimenti interagire con ("Eseguire") una copia Attivata del Prodotto Software, o una qualsiasi versione precedente per il medesimo sistema operativo, in un unico computer, workstation, terminale, PC palmare, cercapersone, "telefono intelligente" o altro dispositivo elettronico digitale ("Computer"). È espressamente vietato l'utilizzo di più copie del Prodotto Software attivate con il medesimo codice seriale (quindi con la medesima licenza d'uso) su più dispositivi contemporaneamente. È vietato l'utilizzo delle procedure per fare servizi mediante collegamento in tempo reale ad altri soggetti.

Una stessa Versione Demo ricavata da un unico pacchetto di distribuzione costituito da CD-ROM e/o DVD singoli o multipli o ricavata tramite download da sito internet può essere installata liberamente su più Computer. Una stessa Versione Demo può essere ridistribuita liberamente su qualsivoglia supporto o tramite qualsivoglia protocollo di trasmissione fermo restando l'integrità di tutte le sue parti software e della struttura nella quale queste sono organizzate. In tal caso FastBrain dovrà essere avvisata tramite posta elettronica (redist@fastbrain.it) o telefonicamente ai recapiti presenti su documentazione cartacea o all'interno del Prodotto Software.

L'utente può anche memorizzare o installare una copia del Prodotto Software in un dispositivo di memorizzazione, quale un server di rete, utilizzato unicamente per Eseguire il Prodotto Software in altri Computer in una rete interna; tuttavia, l'utente è tenuto ad acquistare e dedicare una licenza per ciascun singolo Computer nel quale il Prodotto Software viene Eseguito dal dispositivo di memorizzazione. Una stessa licenza per il Prodotto Software non può essere condivisa o usata in concomitanza in Computer diversi.

### 4.4 Proprietà dei Programmi e Personalizzazioni

I programmi in licenza d'uso e quelli relativi alla manutenzione sono forniti in licenza d'uso e restano di esclusiva proprietà del Produttore del software; nessuna modifica o integrazione potrà essere fatta ai programmi senza esplicita autorizzazione scritta del Produttore stesso. Nell'eventualità in cui, anche per ordini successivi, il Produttore del software intendesse realizzare personalizzazioni resta convenuto che il Produttore del software potrà realizzarle nei linguaggi che riterrà più opportuni e il Produttore del software non avrà alcun obbligo di consegnare i sorgenti al Cliente, avrà la facoltà di utilizzare dette personalizzazioni per altri utenti e potrà inserirle totalmente o parzialmente, nei suoi programmi senza nulla dovere al Cliente anche se realizzate su richiesta ed analisi dello stesso. Anche i programmi delle personalizzazioni resteranno di proprietà del Produttore del software pur se fossero stati commissionati dal Cliente.

### 4.5 Divieto di Trasferimento del Prodotto Software

È fatto espresso ed assoluto divieto al Cliente di trasferire direttamente od indirettamente a terzi a qualsiasi titolo i programmi oggetto di fornitura in licenza d'uso relativi alla manutenzione o copia degli stessi. Così pure è fatto divieto di utilizzare le procedure su elaboratori posti in sedi diverse. È vietato il trasferimento anche se viene ceduto l'elaboratore; anzi in tal caso il Cliente deve cancellare i programmi ivi installati prima della cessione dello stesso. L'utente non può concedere in locazione, in leasing o in prestito il Prodotto Software.



## mod 01.05

FastBrain – Contratto n. V632-Y88Z-J4C6-UVQS

### 4.15 Garanzia Limitata

Il Prodotto Software ha una garanzia di 12 mesi durante i quali il licenziatario potrà ricevere gli aggiornamenti atti ad eliminare eventuali malfunzionamenti riscontrati nel programma stesso e potrà ricevere gli aggiornamenti atti ad aggiungere le eventuali nuove funzionalità per la versione acquistata previa ricezione da parte di FastBrain di una copia debitamente compilata e firmata del presente Contratto e dei Prospetti Moduli Software eventualmente a quest'ultimo allegati. Trascorso tale periodo il licenziatario potrà riattivare altri 12 mesi di garanzia acquistando una nuova versione del Prodotto Software o rinnovando l'abbonamento "Supporto Tecnico e Aggiornamento Software". Il Prodotto Hardware-Software ha una garanzia di 12 mesi durante i quali il Cliente ha diritto alla sostituzione dell'hardware qualora questo risultasse non funzionante per difetti di fabbrica. La garanzia sul Prodotto Hardware-Software sarà valida solo previa ricezione da parte di FastBrain di una copia debitamente compilata e firmata del presente Contratto.

La garanzia non comprende:

- Malfunzionamento e/o difetti causati da:
  - Utilizzo inappropriato;
  - Installazione non corretta;
  - Operazioni non corrette o manutenzione impropria;
  - Connessione non corretta a periferiche;
- Malfunzionamenti o difetti derivati da danni accidentali o intenzionali;
- Reset delle funzioni di security (password ecc.);
- Upgrade/update del firmware interno;
- Eliminazione di eventuali virus informatici;
- Reinstallazione o ripristino di software e dati di proprietà del cliente;
- Personalizzazione del software già esistente;
- Diagnosi ed eliminazione di difetti e danni dovuti a:
  - Danni provocati da eventi atmosferici (acqua, incendi, fulmini ecc.);
  - Possibili influenze ambientali (es.: campi magnetici, ecc.);
- La riparazione di danni provocati da negligenze, imperizia nell'uso o uso inidoneo, incuria, urti e cadute ed eventi di carattere accidentale;
- Difetti causati da utilizzo e/o installazione non compatibili con le istruzioni operative descritte nel manuale del prodotto.

La perdita di dati e/o programmi, anche se causata da interventi di assistenza o riparazione, non è coperta da garanzia, né può dar luogo a richieste di danni o rimborsi, avendo il Cliente cura di tenere quotidianamente una copia di backup aggiornata di dati e programmi. E' inoltre esclusa la responsabilità di FastBrain per qualsiasi danno, diretto o indiretto, causato a persone o cose, da difetti o conseguenze dovute all'uso o al mancato uso del prodotto stesso.

### 4.16 Protezione del Prodotto Software

Al fine di garantire quanto stabilito nel presente Contratto, FastBrain può servirsi di dispositivi hardware collegabili al Computer tramite porta USB e/o porta parallela e/o altro sistema e protocollo di connessione ("Chiave Hardware"). Il Prodotto Software può così verificare l'Attivazione controllando la presenza della Chiave Hardware collegata al Computer interessato dall'Esecuzione del Prodotto Software stesso. A tal fine il codice seriale presente all'interno della Chiave Hardware ed il codice seriale inserito e memorizzato all'atto di installazione del Prodotto Software o successivamente, devono coincidere. Non sarà possibile installare due Prodotti Software Attivati su Computer differenti che utilizzino per l'Attivazione il medesimo codice seriale. Non sarà quindi possibile utilizzare una stessa Chiave Hardware su più Computer anche non contemporaneamente.

### 4.17 Limiti di Responsabilità

L'utente dell'hardware e del software prodotti da FastBrain si impegna a risarcire e a ritenere indenni e manlevati FastBrain, i suoi dipendenti, agenti e distributori in caso di azioni legali, richieste di risarcimento, costi sostenuti per la difesa e l'accusa derivanti dall'uso dell'hardware e del software prodotti da FastBrain. FastBrain, i propri dipendenti, agenti e distributori non sono responsabili di qualsiasi danno, compresa perdita di informazioni, interruzione di attività, lesione personale e/o qualsiasi danno indiretto senza limitazione, verificatosi prima, durante o dopo l'uso dell'hardware e del software prodotti da FastBrain. L'intera responsabilità di FastBrain, senza eccezioni, è limitata al rimborso al cliente del prezzo di acquisto dell'hardware e del software (dove il massimo è il prezzo al dettaglio consigliato dal listino di FastBrain) in cambio della restituzione del prodotto, di tutte le copie, dei fogli di registrazione e dei manuali e di tutto ciò che costituisce una restituzione di proprietà dal cliente ad FastBrain.

### 4.18 Rinvio alle Disposizioni Generali

Per quanto non è qui previsto si fa riferimento alla normativa vigente in materia di diritti d'autore e brevetti industriali.

### 4.19 Efficacia dei Patti qui Convenuti

Le presenti condizioni generali fanno parte integrante dell'ordine relativo al contratto di fornitura in licenza d'uso dei programmi e di manutenzione. Le norme contenute nel presente contratto annullano o sostituiscono qualsiasi eventuale precedente contratto sottoscritto tra le parti, riguardante sia i programmi oggetto della presente regolamentazione sia di qualunque altro rapporto contrattuale di licenza d'uso e di manutenzione in essere con il Cliente.

### 4.20 Informativa e Consenso al Trattamento dei Dati Personali

(Legge n. 675/96) Il Cliente invitato a prendere in visione del testo della L. 31 dicembre 1996, n. 675 ed in particolare del contenuto degli articoli 11, 13, 22 della suddetta legge numero 675/96, dichiara che in merito al trattamento dei propri dati personali, ai sensi e per gli effetti della L. 31 dicembre 1996, n. 675, è stato informato dal Fornitore anche: a) delle finalità e delle modalità del trattamento dei suoi dati personali; b) della natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei dati e delle conseguenze della mancata comunicazione dei dati stessi, avendo avuto precisazione che la comunicazione dei dati richiesti, pur se facoltativa, si rende necessaria per l'adempimento del presente



# BIOSONIC - LASERMEDICS



Indirizzo di Consegna

21070758  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO  
VIA DELLA PACE 46/A  
09086 SAMUGHEO OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
ASL 5 ORISTANO  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro	
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO		
trasporto a cura del	agente	n. documento	data foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000145	09.09.2010 1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatoscopio Delta 20</li> <li>- 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala</li> <li>- 1 Manico a Batteria Beta compolto di 2 Batterie</li> <li>- 1 Compendio/atlante</li> <li>- 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia</li> <li>- 1 Valigetta rigida</li> </ul> <p>Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Samugheo Direttore del Distretto Dott. A.Delabona IN CONTO VS.ORDINE</p>	NR	1,00
--------	--	----	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b> (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario



*Dr. Saino  
2/10/10  
M*



# BIOSONIC - LASERMEDICS



Indirizzo di Consegna

21070759  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI ALES  
VIA 4 NOVEMBRE N. 49  
09091 ALES OR

Indirizzo di Fatturazione

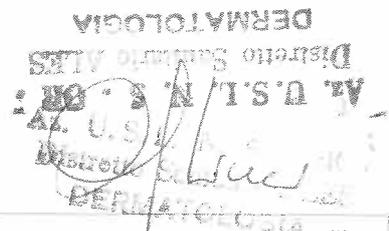
21010247  
ASL 5 ORISTANO  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro	
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO		
trasporto a cura del	agente	n. documento	data foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000146	09.09.2010 1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatoscopio Delta 20</li> <li>- 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala</li> <li>- 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie</li> <li>- 1 Compendio/atlante</li> <li>- 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia</li> <li>- 1 Valigetta rigida</li> </ul> <p>Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Ales Direttore del Distretto Dott. Peppinetto Figus IN CONTO VS.ORDINE</p>	NR	1,00
--------	--	----	------

*Dott. Gianfranco Vindici  
Codice 140103*



porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b> (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario



# BIOSONIC - LASERMEDICS



Indirizzo di Consegna

21070760  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI TERRALBA  
VIA RIO MOGORO  
09098 TERRALBA OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
ASL 5 ORISTANO  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro	
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO		
trasporto a cura del	agente	n. documento	data foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000147	09.09.2010 1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatoscopio Delta 20</li> <li>- 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala</li> <li>- 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie</li> <li>- 1 Compendio/atlante</li> <li>- 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia</li> <li>- 1 Valigetta rigida</li> </ul> <p>Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Terralba Direttore del Distretto Dott. Peppinetto Figus IN CONTO VS.ORDINE</p>	ù	1,00

*X Ricevuto*  
*Daniela Turello 16-09-10*

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario



*Dr. Saverio Caser*

# BIOSONIC - LASERMEDICS



Indirizzo di Consegna

21070761  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI GHILARZA  
VIA S.LUCIA N. 54  
09074 GHILARZA OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
ASL 5 ORISTANO  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro	
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO		
trasporto a cura del	agente	n. documento	data
1 CORRIERE IN P.F.		000148	09.09.2010
			1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dermatoscopio Delta 20</li> <li>- 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala</li> <li>- 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala</li> <li>- 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie</li> <li>- 1 Compendio/atlante</li> <li>- 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia</li> <li>- 1 Valigetta rigida</li> </ul> <p>Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Ghilarza Direttore del Distretto Dott.ssa A.F. Camboni IN CONTO VS.ORDNE</p>	NR	1,00
--------	--	----	------

*16/9/2010*

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario



# BIOSONIC - LASERMEDICS



Indirizzo di Consegna

21070762  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI BOSCA  
VIA G.A. PISCHEDDA  
08013 BOSCA OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
ASL 5 ORISTANO  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro	
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO		
trasporto a cura del	agente	n. documento	data foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000149	09.09.2010 1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Bosa Direttore del Distretto Dott.ssa A.F. Camboni IN CONTO VS.ORDINE</p>	NR	1,00
--------	---	----	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)	firma conducente	firma destinatario	



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070759  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI ALES  
VIA 4 NOVEMBRE N. 49  
09091 ALES OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
ASL 5 ORISTANO  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro		
7	COMPLETAMENTO FORNITURA	n. documento	data	foglio n.
trasporto a cura del	agente	000015	18.05.2011	1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
999996	COD. X-00.99.231 CAVO ADATTATORE FRA MANICO E STRUMENTO FOTOGRAFICO ***** A COMPLETAMENTO FORNITURA: DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE RIF.VS.ORD.54430 DEL 30/07/2010 RIF.NS.BOLLA 146 DEL 09/09/2010	NR	1,00

Si dichiara che la fornitura  
di cui trattasi è regolare per  
qualità, quantità e prezzo.

*Det. Raffaele Noller*

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
			1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario







# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070762  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI BOSA  
VIA G.A. PISCHEDDA  
08013 BOSA OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
ASL 5 ORISTANO  
  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro		
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO			
trasporto a cura del	agente	n. documento	data	foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000149	09.09.2010	1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Bosa Direttore del Distretto Dott.ssa A.F. Camboni IN CONTO VS.ORDINE</p>	NR	1,00
--------	---	----	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b> (D.P.R. 14/8/96 n.472)	firma conducente	firma destinatario	



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070759  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI ALES  
VIA 4 NOVEMBRE N. 49  
09091 ALES OR

Indirizzo di Fatturazione

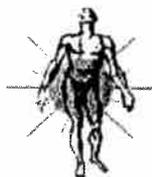
21010247  
ASL 5 ORISTANO  
  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro		
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO			
trasporto a cura del	agente	n. documento	data	foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000146	09.09.2010	1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Ales Direttore del Distretto Dott. Peppinetto Figus IN CONTO VS.ORDINE</p>	NR	1,00
--------	--	----	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b> (D.P.R. 14/8/96 n.472)	firma conducente	firma destinatario	



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070760  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI TERRALBA  
VIA RIO MOGORO  
09098 TERRALBA OR

Indirizzo di Fatturazione

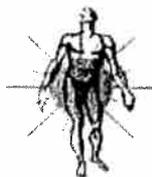
21010247  
ASL 5 ORISTANO  
  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro		
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO			
trasporto a cura del	agente	n. documento	data	foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000147	09.09.2010	1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<p>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Terralba Direttore del Distretto Dott. Peppinetto Figus IN CONTO VS.ORDINE</p>	ù	1,00
--------	--	---	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore	Data, Ora, Firma		
secondo vettore	Data, Ora, Firma		
annotazioni			
DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070761  
ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI GHILARZA  
VIA S.LUCIA N. 54  
09074 GHILARZA OR

Indirizzo di Fatturazione

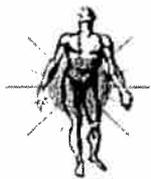
21010247  
ASL 5 ORISTANO  
  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro		
5 VENDITA ENTI PUBBLICI	17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO			
trasporto a cura del	agente	n. documento	data	foglio n.
1 CORRIERE IN P.F.		000148	09.09.2010	1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta completo di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Ghilarza Direttore del Distretto Dott.ssa A.F. Camboni IN CONTO VS.ORDNE	NR	1,00
--------	---	----	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
1 FRANCO	SCATOLA DI CARTONE		1
primo vettore	Data, Ora, Firma		
secondo vettore	Data, Ora, Firma		
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b> (D.P.R. 14/8/96 n.472)	firma conducente	firma destinatario	



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

**21070758****ASL 5 ORISTANO  
POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO  
VIA DELLA PACE 46/A  
09086 SAMUGHEO OR**

Indirizzo di Fatturazione

**21010247****ASL 5 ORISTANO  
  
VIA CARDUCCI N. 35  
09170 ORISTANO OR (IT)**

causale trasporto	pagamento		data, ora ritiro		
<b>5 VENDITA ENTI PUBBLICI</b>	<b>17 90 GG. D.F. IMPEGNATIVO</b>				
trasporto a cura del	agente		n. documento	data	foglio n.
<b>1 CORRIERE IN P.F.</b>			<b>000145</b>	<b>09.09.2010</b>	<b>1</b>

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
-----------------	-------------	------	----------

003901	<b>Ns. ordine n. 210125 del: 09/09/2010 Vs. ordine n. 54430 del: 30/07/2010 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE CODICE K256.10.118 COMPOSTO DA: - Dermatoscopio Delta 20 - 1 Ottica di precisione ad alta risoluzione con lente cromatica ingrandimento 10x - 1 Piastrina di contatto diam. 23 mm. (grande) con scala - 1 Piastrina di contatto diam. 8 mm. (piccolo) con scala - 1 Manico a Batteria Beta compolto di 2 Batterie - 1 Compendio/atlante - 1 Conf.10 ml. di olio per dermoscopia - 1 Valigetta rigida Apparecchiatura destinata al Poliambulatorio di Samugheo Direttore del Distretto Dott. A.Delabona IN CONTO VS.ORDINE</b>	NR	1,00
--------	--	----	------

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
<b>1 FRANCO</b>	<b>SCATOLA DI CARTONE</b>		<b>1</b>
primo vettore	Data, Ora, Firma		
secondo vettore	Data, Ora, Firma		
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)</b>	firma conducente	firma destinatario	



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070758  
 ASL 5 ORISTANO  
 POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO  
 VIA DELLA PACE 46/A  
 09086 SAMUGHEO OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
 ASL 5 ORISTANO  
 VIA CARDUCCI N. 35  
 09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pagamento	data, ora ritiro	
7	COMPLETAMENTO FORNITURA 17	90 GG. D.F. IMPEGNATIVO	
trasporto a cura del	agente	n. documento	data foglio n.
		000016	18.05.2011 1

Codice Articolo	Descrizione	U.M.	Quantità
999996	COD. X-00.99.231 CAVO ADATTATORE FRA MANICO E STRUMENTO FOTOGRAFICO ***** A COMPLETAMENTO FORNITURA: DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE RIF.VS.ORD.54430 DEL 30/07/2010 RIF.NS.BOLLA 145 DEL 09/09/2010	NR	1,00

Si dichiara che la fornitura di cui trattasi è regolare per qualità, quantità e prezzo.

18-10-2011

porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
			1
primo vettore	Data, Ora, Firma		
secondo vettore	Data, Ora, Firma		
annotazioni			
<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b> (D.P.R. 14/8/96 n.472)		firma conducente	firma destinatario



# BIOSONIC - LASERMEDICS

Indirizzo di Consegna

21070760  
 ASL 5 ORISTANO  
 POLIAMBULATORIO DI TERRALBA  
 VIA RIO MOGORO  
 09098 TERRALBA OR

Indirizzo di Fatturazione

21010247  
 ASL 5 ORISTANO  
 VIA CARDUCCI N. 35  
 09170 ORISTANO OR (IT)

causale trasporto	pugamento	data, ora ritiro		
7	COMPLETAMENTO FORNITURA			
trasporto a cura del	agente	n. documento	data	foglio n.
		000013	18.05.2011	1

Codice Articolo	Descrizione	L.M.	Quantita
999996	COD. X-00.99.231 CAVO ADATTATORE FRA MANICO E STRUMENTO FOTOGRAFICO	NR	1,00

\*\*\*\*\*

A COMPLETAMENTO FORNITURA:  
 DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE  
 RIF.VS.ORD.54430 DEL 30/07/2010  
 RIF.NS.BOLLA 147 DEL 09/09/2010



porto	aspetto esteriore dei beni	peso	n. colli
FRANCO		1	1
primo vettore		Data, Ora, Firma	
BARIOCINI		19/05/2011	
secondo vettore		Data, Ora, Firma	
annotazioni			
DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 14/8/96 n.472)	firma conducente	firma destinatario	

LO STRUMENTO E' STATO REGOLARMENTE  
 CONSEGNATO AL POLIAMBULATORIO TERRALBA  
 BIOSONIC s.r.l. - 40012 Lippo di Calderara di Reno (Bologna) - Via del Maccabreccia, 26  
 Tel.051.725260 Ric. Aut. - Fax051.725308 - E-mail: info@biosonic.it - www.biosonic.it  
 Cod.Fisc.00485280226 - P.Iva 00494591209 - R.E.A. BO 321532 - R.I.BO.51508  
 Iscrizione RAEE IT0908000006081 18 OTT. 2011



Esercizio : 2010  
Stampato il 22/02/2011

## VERBALE DI PRESA IN CARICO

**Movimento:** UPZ5 - 2010 - 285  
**Provvedimento:** 75

**del:** 27/07/2010

### Descrizione dei cespiti / beni

**Centro di Consegna:** 5AAB02BB102 - DIRETTA: SPECIALISTICA BRANCHE A VISITA

Codice	Descrizione	Numerazione	Clm	Responsabile	Prezzo storico	
42125	DERMATOSCOPIO	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		12 960,00	
	Etichetta	Prodotto	Q.ta'	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
		904195 - DERMATOSCOPIO	1	1 - ACQUISTO - ACQUISTO	BIOSONIC LASERMEDICS SRL	12 960,00

**N. Cespiti:** 1

**Totale:** 12960.0

Allegato n° 3 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° 534 del 22/11/11  
Composto di n° 3 fogli

Esercizio: 2011  
 Stampato il 02/11/2011

## VERBALE DI PRESA IN CARICO

**Movimento:** UPZ5 - 2011 - 502 **del:** 28/10/2011  
**Descrizione:** carico cespiti da ricevimento  
**Delibera:** 725 **del:** 27/07/2010  
**Definitivo:** Si

### Descrizione dei cespiti / beni

**Centro di Consegna:** 5AAH02BB102 - DIRETTA: SPECIALISTICA BRANCHE A VISTA  
**Conto:** 0102020401 - Attrezzature sanitarie e scientifiche

Codice	Descrizione	Numerazione	Cim	Responsabile	Prezzo storico
43558	DERMATOSCOPIO	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		1 188,00
<b>Note:</b> DELTA 20 HEINE COD.K256.10.118, COD DITTA 003901 DGR 58/25 NP 2					
Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
43558	904195 - DERMATOSCOPIO	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA STERILIZZARE	BIOSONIC LASERMEDICS SRL	1 188,00
<b>Note:</b> DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE COD. K256.10.118, COD. DITTA 003901					

### Descrizione dei cespiti / beni

**Centro di Consegna:** 5AAC02BB102 - DIRETTA: SPECIALISTICA BRANCHE A VISITA  
**Conto:** 0102020401 - Attrezzature sanitarie e scientifiche

Codice	Descrizione	Numerazione	Cim	Responsabile	Prezzo storico
43559	DERMATOSCOPIO	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		1 188,00
<b>Note:</b> DELTA 20 HEINE COD.K256.10.118, COD DITTA 003901 DGR 58/25 NP 2					
Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
43559	904195 - DERMATOSCOPIO	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA STERILIZZARE	BIOSONIC LASERMEDICS SRL	1 188,00
<b>Note:</b> DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE COD. K256.10.118, COD. DITTA 003901					

### Descrizione dei cespiti / beni

**Centro di Consegna:** 5AAD02BB102 - DIRETTA: SPECIALISTICA BRANCHE A VISITA  
**Conto:** 0102020401 - Attrezzature sanitarie e scientifiche

Codice	Descrizione	Numerazione	Cim	Responsabile	Prezzo storico
43560	DERMATOSCOPIO	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		1 188,00
<b>Note:</b> DELTA 20 HEINE COD.K256.10.118, COD DITTA 003901 DGR 58/25 NP 2					
Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
43560	904195 - DERMATOSCOPIO	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA STERILIZZARE	BIOSONIC LASERMEDICS SRL	1 188,00
<b>Note:</b> DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE COD. K256.10.118, COD. DITTA 003901					

### Descrizione dei cespiti / beni

**Centro di Consegna:** 5AAD02BB102 - DIRETTA: SPECIALISTICA BRANCHE A VISITA  
**Conto:** 0102020401 - Attrezzature sanitarie e scientifiche

Codice	Descrizione	Numerazione	Cim	Responsabile	Prezzo storico
43561	DERMATOSCOPIO	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		1 188,00
<b>Note:</b> DELTA 20 HEINE COD.K256.10.118, COD DITTA 003901					

DGR 58/25 NP 2

Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
43561	904195 - DERMATOSCOPIO	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA STERILIZZARE	BIOSONIC LASERMEDICS SRL	1 188,00

Note: DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE COD. K256.10.118, COD. DITTA 003901

### Descrizione dei cespiti / beni

Centro di Consegna: 5AAB02BB102 - DIRETTA: SPECIALISTICA BRANCHE A VISITA  
 Conto: 0102020401 - Attrezzature sanitarie e scientifiche

Codice	Descrizione	Numerazione	Cim	Responsabile	Prezzo storico
43562	DERMATOSCOPIO	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		1 188,00

Note: DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE COD. K256.10.118, COD. DITTA 003901  
 DGR 58/25 NP 2

Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
43562	904195 - DERMATOSCOPIO	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA STERILIZZARE	BIOSONIC LASERMEDICS SRL	1 188,00

Note: DERMATOSCOPIO DELTA 20 HEINE COD. K256.10.118, COD. DITTA 003901

N. Cespiti: 5

Totale: 5 940,00