

SANIFARM s.r.l.
 VIALE MONASTIR, 126/A • TEL. 070/288350
 TELEFAX 070/282339

09122 CAGLIARI
 REG. SOC. TRIB. CAGLIARI N. 7115
 C.C.I.A.A. CAGLIARI N. 87129
 C.C. POSTALE N. 17525098
 COD. FISC. E PART. IVA N. 00288550924

Allegato n° 1 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° 520 del 24/11/11
 Composto di n° 2 fogli

Spett.
 AZIENDA U.S.I. N.5
 VIA CARDUCCI, 35
 09170 ORISTANO (OR)

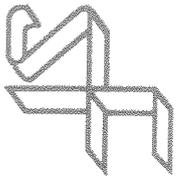
N° fattura	Data fattura	Pagina	Condizioni di pagamento	Codice Cliente	P.IVA / Codice Fiscale
767	10/06/11	1/1	RD60 - Rim. Dir. 60gg d.f.	01040	00681110953

Destinazione dei beni
 AZIENDA U.S.I. N.5
 VIA M. PIRAS EX INAM (D.SSA PEDDIO)
 ORISTANO

Note
 ELETTROBISTURI PER POLIAMBULATORIO
 CIG. 0543545385
 Vs. ordine PROT. N. 31300 D.G. 34 Data ordine 14/04/11

Articolo	Descrizione	Codice magazzino	Quantità	UM	Prezzo	Sconti	Importo	IVA
EXCELL250	Doc. trasporto N. 825 del 06/06/11	00410099	1,00	PZ	6.242,00		6.242,00	20
RDBF	EXCELL 250 MCDSE	00410014	1,00	PZ	48,00		48,00	20
CMSE5	ADATTATORE RD/BF	00410006	1,00	PZ	49,50		49,50	20
MPECMS	CAVO COLLEGAMENTO C/PINZA MT.5.5	00410901	1,00	PZ	48,00		48,00	20
DS/E	MPE/CMS MANIP. STWRILIZ. C/CAVO	00411687	1,00	PZ	414,00		414,00	20
H23SE	COMANDO A DOPPIO PEDALE	00412546	1,00	PZ	390,00		390,00	20
RD5	TAVOLINO	00410013	1,00	PZ	70,50		70,50	20
SEL/VI	RIDUTT. X CAVI MON.CON SP.D.2/8 RD/5	00410979	1,00	CF				20
E27	SERIE DI 6 ELETTRODI	00410596	2,00	PZ				20
E30	ELETTRODO A LAMA	00141934	2,00	PZ				20
E35	ELETTRODA AD AGO SOTTILE DIRITTO	00411963	2,00	PZ				20
	ELETTRODO A SFERA D. mm. 2, SRAG		2,00	PZ				20

Trasporto a mezzo		Spese di trasporto		Spese varie		Tot. imponibile + N.I.	
Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione	Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione
20	7.262,00	20,0	1.452,40		0,00		0,00
						Totale I.V.A.	
						1.452,40	
						Totale Fattura	
						8.714,40	



SANITFARM s.r.l.

VIALE MONASTIR, 126/A • TEL. 070/288350

TELEFAX 070/282339

09122 CAGLIARI

REG. SOC. TRIB. CAGLIARI N. 7115

C.C.I.A.A. CAGLIARI N. 87129

C.C. POSTALE N. 17525098

COD. FISC. E PART. IVA N. 00288550924

Spett.
AZIENDA U.S.I. N.5

VIA CARDUCCI, 35

09170 ORISTANO (OR)

N° fattura	Data fattura	Pagina	Condizioni di pagamento	Codice Cliente	P.IVA / Codice Fiscale
768	10/06/11	1/1	RD60 - Rim. Dir. 60gg d.f.	01040	00681110953

Destinazione dei beni
AZIENDA U.S.I. N.5

VIA IV NOVEMBRE 30 (SIG.RITA ZEDDA)

Note
ELETTROBISTURI ALSA CIG.N.0543545385

Vs. ordine
P. 31300 DEL.D.G.34

Data ordine
14/04/11

Articolo	Descrizione	Codice magazzino	Quantità	UM	Prezzo	Sconti	Importo	IVA
EXCELL250	Doc. trasporto N. 826 del 06/06/11	00410099	1,00	PZ	6.242,00		6.242,00	20
RDBF	EXCELL 250 MCDSE	00410014	1,00	PZ	48,00		48,00	20
CMSE5	ADATTATORE RD/BF	00410006	1,00	PZ	49,50		49,50	20
MPECMS	CAVO COLLEGAMENTO C/PINZA MT.5.5	00410901	1,00	PZ	48,00		48,00	20
DS/E	MPE/CMS MANIP. STWRILIZ. C/CAVO	00411687	1,00	PZ	414,00		414,00	20
H23SE	COMANDO A DOPPIO PEDALE	00412546	1,00	PZ	390,00		390,00	20
RD5	TAVOLINO	00410013	1,00	PZ	70,50		70,50	20
SEL/VI	RIDUTT.X CAVI MON.CON SP.D.2/8 RD/5	00410979	1,00	CF				20
E27	SERIE DI 6 ELETTRODI	00410596	2,00	PZ				20
E30	ELETTRODA A LAMA	00141934	2,00	PZ				20
E35	ELETTRODA AD AGO SOTTILE DIRITTO	00411963	2,00	PZ				20
	ELETTRODO A SFERA D. mm.2,5RAG							

Trasporto a mezzo
20 GIU. 2011

Spese di trasporto
0,00

Spese varie
0,00

Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione	Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione	Totale imponibile + N.I.	Totale I.V.A.	Totale fattura
20	7.262,00	20,0	1.452,40					7.262,00	1.452,40	8.714,40



Il Servizio Ingegneria Clinica

Collaudo n. 17 / IC11 / VP

Oristano lì, 8 Agosto 2011

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 540 del 24/11/11
Composto di n° 12 fogli

**Alla Cortese Attenzione
ATI Elettr. Bio Medicale e Elettr. Professionale
referente Ing. Nicola Massidda**

Oggetto: Comunicazione affidamento per il collaudo di n.2 elettrobisturi forniti dalla ditta Sanifarm da destinare all'attività di chirurgia Ambulatoriale dei Poliambulatori di Oristano e Ales.

In riferimento al Contratto d'appalto stipulato in data 20/01/2011, Rep. ASL n° 2555 del 20/01/2011, si chiede di poter provvedere all'esecuzione del collaudo:

Delibera: D.G. n. 34 del 14/04/2011
Riferimento ordine: 31300 del 04/05/2011

Ditta Fornitrice: Sanifarm
referente : Dr. Davide Sechi 3391569330

Eventuale documentazione potrà essere richiesta presso il Servizio Provveditorato Dr. Paolo Sanna 0783/317784

Si ricorda di prendere preventivamente i necessari contatti così come indicato nell'ordine allegato alla presente.

Distinti saluti,

Assistente Tecnico

Valter Piga



**Elettronica
Bio Medicale**
a company of TBS Group

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebmi.it
info@ebmi.it
ELETTRONICA PROFESSIONALE

Cliente: ASL 5 ORISTANO

18657/ico

Data 07-09-11

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 34 del 14/04/11 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta SANIPARM la forniture delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>003121</u>	<u>ALSA</u>	<u>ELET. ROBISTORI</u>	<u>EXCEA 250 MEDSE</u>	<u>2752-05/11</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO FOUAM. ALES presso la Struttura: PERMEDIOLG / CHIRURG.

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data con bolla nr. ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 07/09/11 presso FOUAMB. ALES sono convenuti i signor

DOTT. VINCI Incaricato ASL 5 ORI.
DAVIDE SECHI Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSSI CLAUDIO Incaricato ING. CLINICA.
 Incaricato

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl _____
 Il Consegnatario del bene _____
 Il referente Amm.vo dell'Azienda → _____
 Il Responsabile della ditta fornitrice ← _____ (SECHI)

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



ELETTRONICA BIO MEDICALE srl
Via F. Bettini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661 - Fax 0742/326632
www.ebm.it - info@ebm.it

a company of



Cliente:

UNIVERSITA' ...
...
...

N° 1319/C

Data 01/07/11

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
4003131	...	ALISA	EXCEL 250 HCDS	2732-12/11

Da assegn. alla Struttura Poli. ALISA all' U.O./SERVIZIO DIAGNOSTICA / CHIRURGICO Ubic. stanza cod.: 002.020

Provenienti da: Delibera n° 34 del 16/04/11
 Ordine n° Prot. N 31300 del 14/04/11
 DDT n° NON LEGG. del NON LEGG.
 FATTURA n° _____ del _____

TITOLO DI POSSESSO PROPRIETA' AFFITTO COMODATO D'USO LEASING SERVICE DONAZIONE VISIONE PROP. ALTRI ENTI _____

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica

TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O / SERVIZIO
(per accettazione)

Nome in stampatello leggibile (resp. U.O./SERVIZIO)

[Firma]

[Stampatello]

Tipografia Mecenate - Assisi



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto

DAVIDE SECHI

In qualità di Responsabile del Servizio di AGG.TO TECNOLOGICO
Elettromedicali

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di
1 Elettrobisturi EXCEL 250 MCDS/E ALSA
al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il
corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: DAVIDE SECHI

Docente del Corso

DAVIDE SECHI

In qualità di AGENTE

della Ditta SANIFARM SRL

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata
eseguita nelle seguenti date: 07/09/2011

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in
offerta dalla Ditta SANIFARM SRL (vedi programma di
formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)ATI AS 5
l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto DAVIDE SECAI	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta SANIFARM SRL CAGLIARI 070/288350	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. EXCELL 250 MCDS/E numero di serie 2752-05/11 numero di installazione _____

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore OGNI 6 MESI DAL	07/09/2011
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	PROSSIMO INTERVENTO 03/12
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	09/12
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
Verifica di sicurezza elettrica	
Verifica di sicurezza elettrica	
Verifica di sicurezza elettrica	

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore
(firma)

ATI A25

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



**Electronica
Bio Medicale srl**
a company of TBS Group

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente: ASL 5 ORISTANO

18658/co
Data 07-09-11

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 34 del 14/04/11 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta SANIFARM la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>003122</u>	<u>ALSA</u>	<u>ELETTROBISTURI</u>	<u>EXCELL 250 FLDSE</u>	<u>2753-05/11</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO CHIRURGIA presso la Struttura: POLIAMBULATORIO ORISTANO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 07/06/11 con bolla nr. 825 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 07/09/11 presso POLIAMBULATORIO ORISTANO sono convenuti i signor
POTTI SA CARLINI R. Incaricato ASL 5 ORISTANO
DAVIDE SECHI Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSSI CLAUDIO Incaricato ING. CLINICA
 Incaricato _____

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
 - 2) sono regolarmente funzionanti;
 - 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
 - 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
 - 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
 - 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
 - 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;
- Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note _____

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl _____	In Allegato: <input type="checkbox"/> Certificati Installazione ditta fornitrice <input checked="" type="checkbox"/> Scheda di verifica e collaudo <input checked="" type="checkbox"/> Attestato di formazione rilasciato al personale <input checked="" type="checkbox"/> Verbale di presa in carico beni mobili <input type="checkbox"/> Altro
Il Consegnatario del bene _____	
Il referente Amm.vo dell'Azienda <u>→ [Signature]</u>	
Il Responsabile della ditta fornitrice <u>[Signature]</u>	

Tipografia Meridionale - Assisi



ELETTRONICA BIO MEDICALE srl
Via F. Bettini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661 - Fax 0742/326632
www.ebm.it - info@ebm.it

a company of

Cliente: DR. S. CRISTIANO

N°1320/c

Data 14/9/11

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
<u>200122</u>	<u>ECG TUBISTANO</u>	<u>ALSI</u>	<u>ACQUARO ALDO</u>	<u>2703-05/1</u>

Da assegn. alla Struttura Primo Soccorso all' U.O./SERVIZIO CHIRURGIA Ubic. stanza cod. 050.020

Provenienti da: Delibera n° 36 del 14/04/11
 Ordine n° Prot. 31750 del 14/04/11
 DDT n° 225 del 06/04/11
 FATTURA n° _____ del _____

TITOLO DI POSSESSO PROPRIETA' LEASING VISIONE
 AFFITTO SERVICE PROP. ALTRI ENTI
 COMODATO D'USO DONAZIONE

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica

TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O / SERVIZIO
(per accettazione)

Nome in stampatello leggibile (resp. U.O./SERVIZIO)

DR. SA PEDDIO



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <i>DAVIDE SECHI</i>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <i>SANIFARM SRL Cagliari tel. 070/288350</i>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. *EXCEL 250 MCDS/E* numero di serie *2753-05/u* numero di installazione _____

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore <i>OGNI 6 MESI DA</i>	<i>07/09/2011</i>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<i>PROSSIMO INTERVENTO 03/2012</i>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<i>09/2012</i>
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
Verifica di sicurezza elettrica	
Verifica di sicurezza elettrica	
Verifica di sicurezza elettrica	

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore
(firma)

[Signature]

ATI ASL 5
l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

[Signature]

**Servizio Ingegneria Clinica****PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto

Davide Sechi

In qualità di Responsabile del Servizio di AGG.TO TECNOLOGICO
E CEPTRO MEDICALI

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di 1 elettrobisturi EXCEL 250 MEDS/E ALSA al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: Davide Sechi

Docente del Corso

Davide Sechi

In qualità di Agentedella Ditta Sanifarm s.r.l.

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 07.09.2011

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta SANIFARM SRL (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)DELEGATO all'Amministrazione Contraente
ATI (timbro e firma)

Partecipanti	Data
Dr Vinci G. Franco	07/09/2004 h. 9,30
Vacca Iula	07/09/2004 h. 9,30

Esercizio : 2011
Stampato il 20/10/2011

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento: UPZ5 - 2011 - 475
Delibera: 34
Definitivo: Si

del: 14/04/2011

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
42999	ELETTROBISTURI	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		8 714,40

Note: EXCELL 250 MCDSE
MATRICOLA 2752-05/11
DGR 58/25

Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
42999	1054931 - ELETTROBISTURI	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA	SANIFARM SRL	8 714,40

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
43000	ELETTROBISTURI	Z51 - NUMERAZIONE BENI MOBILI	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche		8 714,40

Note: EXCELL 250 MCDSE
MATRICOLA 2753-05/11
DGR 58/25

Etichetta	Prodotto	Q.ta	Provenienza	Ditta fornitrice	Prezzo Storico
43000	1054931 - ELETTROBISTURI	1	3 - C/CAPITALE - CONTO CAPITALE DA	SANIFARM SRL	8 714,40

N. Cespiti: 2

Totale: 17 428,80

Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° 540 del 24/11/11
Composto di n° 1 fogli