



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

URGENTE

Mod. SO-4.a

**DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie
Parte 4: Manutenzione Correttiva**

Richiesta n°: _____ Data: 14/02/12 Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.it

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *		
	POLIAMBULATORIO SAMUGHED	V. DELLA PACE 4B SAMUGHED		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
0000 2991	SIC 002218	SIRINGA ARIA A CQUA		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
QUALSIASI INFERMIERE Telefono/Fax * 0783 6480		<input checked="" type="checkbox"/>		
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO		
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		NO		
Descrizione del Malfunzionamento:* SIRINGA ARIA (ELETTRORVALVOLA ?) FUORIESCE ACQUA DALLA NON SI POSSONO FARE LE OTTURAZIONI				

Referente di Struttura Organizzativa:*

Sig. SELLI

Tel. 0783 648053

Il Richiedente

[Handwritten signature]

Parte riservata al Ricevente

CONTATTARE LA DITTA DENIAL POINT
RIUNITO ODONTOIATRICO SIEMENS "SIRONA"
VIA R. 4507 14/02/12

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano ASL Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Walter Piga

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0011589

Oristano lì, 15/02/2012

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

Fax 070 522328

Spett.le Ditta Dental Point s.r.l.
Via Calamattia, 10
CagliariSi richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Ambulatorio di Odontoiatria del Poliambulatorio di Samugheo.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Riunito Odontoiatrico Siemens Sirona	4507	Fuoriesce acqua dalla siringa aria (Elettrovalvola?). Non si possono fare le otturazioni.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente della stessa Unità Operativa (Milena Atza - 0783 317510) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda ricevuta l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.

Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

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



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Ing. Marcello Serra-

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356



OK

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Valter Piga

Cagliari 28/02/2012

Spett.

AZIENDA U.S.L. N.5 -

VIA CARDUCCI, 35

09170 ORISTANO

In seguito alla Vs. cortese richiesta Vi sottoponiamo il seguente preventivo di spesa:

Descrizione	Quant.	Prezzo	Importo	IVA
POLIAMBULATORIO SANUGHEO				
PROTOCOLLO N.011589 DEL 15/02/2012				
PER LA SOSTITUZIONE SIRINGA MINILIGHT COMPLETA		EURO 650,00 + IVA		4 Si
SIRINGA MINILIGHT 3 FUNZIONI TUBO GRIGIO	1,00	254,00	254,00	21
MANO D'OPERA	1,00	60,00	60,00	21
ORE VIAGGIO	3,50	60,00	210,00	21
RIMBORSO KM.	210,00	0,60	126,00	21
OPPURE PER LA REVISIONE DELLA SIRINGA ESISTENTE		EURO 574,00 + IVA		← No
IMPUGNATURA SIRINGA ACCIAIO	1,00	118,00	118,00	21
MANO D'OPERA	2,00	60,00	120,00	21
ORE VIAGGIO	3,50	60,00	210,00	21
RIMBORSO KM.	210,00	0,60	126,00	21

Dental Point S.r.l.

N.B

Validita' preventivo 30gg Prezzi I.V.A. esclusa

09134 CAGLIARI - Via Calamotta, 10
Tel. 070522334 / 35 - fax 070522328
Email dentalpoint@rise.it
Cap. Soc. € 10.000,00 i.v.
R.E.A. CA n. 104600 - P.IVA. 01233980927

BANCO DI SARDEGNA SEDE CA - IBAN IT260101504260000000018513
INTESA SAN PAOLO SEDE CA - IBAN IT800300904810000004456132
BANCOPOSTA - c/c 14510093

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Direttore del Servizio Ingegneria Clinica N° _____ DEL _____

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data Preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 21%	Preventivo IVA inclusa
Poliambulatorio di Samugheo	5AAB02BB102	Riunito Sirona	Ditta Dental Point di Cagliari	28/02/2012	650,00	136,50	786,50

254,00
60,00
210,00
126,00
650,00