

A U . A



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di intervento per manutenzione correttiva su dispositivi elettromedicali
 Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie

Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n°: _____ Data: 4-4-2012 Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102

Presidio B.O	Struttura Organizzativa BLOCCO OPERATORIO	Edificio - Piano - Stanza I PIANO	
N° Inventario	Matricola	Descrizione apparecchiatura STELO STORZ PINZA BIPOLARE	
Codifica CIVAB 26246xx	Ditta Manutentrice SAVIFARM.	Proprietà (Azienda/Service/ Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax ESU SEMILIANO	Garanzia /	Urgente X	Contratto N°
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?			
Descrizione del Malfunzionamento: ROTTA			

Referente di Struttura
Organizzativa:

Sig.

Tel.

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockdelier snc
09170 Oristano
Tel 0783317338-7356-7330
Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.a

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

Richiesta n°: _____ Data: 4-4-2012 Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102

Presidio	Struttura Organizzativa	Edificio - Piano - Stanza		
	BLOCCO OPERATIVO			
N° Inventario	Matricola	Descrizione apparecchiatura		
825/ATI 2044/51C		TUMIFLUCE STORZ XENON NOVA 175 (201315 20)		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice	Proprietà (Azienda/Service/ Altri)		
	SAN EARTH			
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax	Garanzia	Urgente	Contratto	
ESU (FEMILIAN)	/	SI	/	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?				
Descrizione del Malfunzionamento: VERIFICA FUNZIONAMENTO + SOSTITUZIONE LAMPADA				
Referente di Struttura Organizzativa:	Sig.	Tel.		Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockefeller snc.
09170 Oristano
Tel 0783317338-7356-7330
Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0023841

Oristano lì, 04/04/2012

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

Fax 070 282339

Tel 070 288350

Spett.le Ditta SANIFARM srl
Viale Monastir, 126/A
09122 CAGLIARI

Si chiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Stelo Storz pinza bipolare		Rotto
Fonte Luce Storz		Verifica funzionale + sostituzione lampada

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 Luigi Tedeschi (0783 3171) 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.



DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Ing. Marcello Serra-

ASL 5 Oristano

Servizio
Ingegneria Clinica

Via Rockefeller snc
09170 Oristano
Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1

AU-C

SANIFARM S.R.L.

Viale Monastir 126A
CAGLIARI

Spett. A.S.L. N°5 Oristano
Spett. Servizio Ingegneria Clinica.

OGGETTO: Preventivo Vs. richiesta di intervento tecnico RIF.Vs.Prot. 0023841.

Cagliari, 04/04/2012

A seguito Vs. Richiesta urgente di intervento tecnico odierna, in qualità di concessionari esclusivi per la Sardegna della Karl Storz Endoskope, Vi sottoponiamo la nostra migliore offerta per la riparazione da Voi richiesta:

INTERVENTI:

Sostituzione stelo bipolare codice 26176HO a € 286,00 IVA 21% esclusa.

Sostituzione lampada e tagliando azzeramento contatore e revisione generale fonte luce Xenon a € 959,00 IVA 21% esclusa.

Condizioni di pagamento: 30 gg. data fattura.

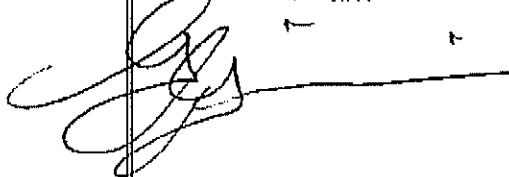
Validità dell'offerta: 30 gg.

Tempi di consegna: i più solleciti e comunque entro 10 giorni data ordine.

Per la accettazione apporre timbro e firma di chi di competenza e rimandare o inviare apposita autorizzazione scritta anche via fax al numero 070 282339.

In fede.

Per l'amministratore.



05/04/12

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



**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 2.1%	Preventivo IVA inclusa
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Oristano	5AAE0202A1900	Stelo-Pinza Bipolare Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	04.04.2012	286,00	60,06	346,06
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Oristano	5AAE0202A1900	Fonte di Luce Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	04.04.2012	959,00	201,39	1.160,39
					1.245,00	261,45	1.506,45

286,00	959,00
286,00	959,00