

ALLA CORTESE ATTENZIONE  
 DEL TEC. VALERIA PIGA



Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

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: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)

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

1732/5ic  
 2055

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *		
BOVA	SALA OPERATORIA	I°		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
42488	1891	SISTEMA DI IRRADIAZIONE ED ASPIRAZIONE IN STRADA PER SIOBE HARTON ENDORAT COD 26331080		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *		
	SANIFARM	(Azienda/Service/Altri)		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
Telefono/Fax * 0285225378		X		
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * SI				
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * SI				
Descrizione del Malfunzionamento: *				
MANCANZA FUNZIONAMENTO				

Referente di Struttura Organizzativa: \* Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

*[Signature]*  
 RESPONSABILE LOCALE  
 Dr.ssa Bianca Vireo

Parte riservata al Ricevente

CONTATTARE LA DITTA  
 SANIFARM.

31/01/12 Sistema Sanitario Regione Sardegna  
 Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano  
 Servizio Ingegneria Clinica  
 Ass. Tec. Walter Piga ASL Oristano

ASL 5 Oristano  
 Ingegneria Clinica

Tel 0783317331-7356-7330  
 Fax 0783779102  
 E-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)



S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.b

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

Prot. 8489

Oristano lì, 02-02-2012

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

Allegato B  
 alla nota di funzione  
 N. ....

Spett.le Ditta  
**SANIFARM Srl**  
 Viale Monastir, 126  
 09122 CAGLIARI

FAX 079 - 282339

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. di SALA OPERATORIA del P.O. "A.G. Mastino" di Bosa tel. 0785 / 225343 - 336

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
HAMOU ENDOMAT	1891	Mancato funzionamento

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.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 dell'Unità Operativa Dr.ssa Bianca Viridis e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783317331), con l'assistente tecnico Salvatore Viola al numero (0785560264) per quanto attiene il P.O. Delogu di Ghilarza, o con l'assistente tecnico Giovanni Demartis al numero (3488049089) per quanto attiene il P.O. Mastino di Bosa. 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.

Si precisa che qualora l'attrezzatura in oggetto sia strumentario è necessario chiarire nel preventivo se trattasi di riparazione o di repair exchange ed in questo caso si dovrà indicare anche il prezzo di listino ed il prezzo a noi riservato dello strumento nuovo.

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.

**S.S.D. Ingegneria Clinica**

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@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.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 ritardo 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.**

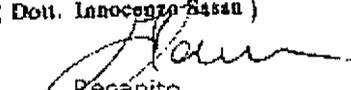
Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

D'ORDINE DEL RESPONSABILE  
SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA F.F.  
-Dr. Ing. Marcello SERRA-

Il Referente Amministrativo della Richiesta



IL COORDINATORE DELLE ATTIVITÀ AMM.VE  
( Dott. Innocenzo Bassu )

  
Recapito  
P.O. "A.G. Mastino" - Bosa  
0785 - 225310

 ASL Oristano



15/03/2012

Prot.n.48/12/DP/mgm

Spettabile  
Azienda USL.N.5  
Servizio Ingegneria Clinica  
P.O. S.Martino.  
09170 ORISTANO

**Oggetto: preventivo di riparazione apparecchio Endomat per Osp.bosa.**

A seguito Vs. cortese richiesta del 02/02/2012 Prot.8489 la Sanifarm S.r.l., con sede legale in Cagliari Viale Monastir n. 126/a, nella propria qualità di Concessionaria Esclusiva per la Sardegna della K.Storz si pregia sottoporre il preventivo di spesa per riparazione per:

-n.1 Apparecchiatura Endomat matr.1891

**Lavoro da eseguire**

Da un attento controllo del tecnico della apparecchiatura si riscontra che l'alimentatore è stato danneggiato elettricamente e deve essere sostituito, la pompa di aspirazione risulta infiltrata di soluzione salina pertanto alcune parti danneggiate vanno sostituite.

Aggiornamento del software all'ultima versione disponibile. Verifiche di sicurezza elettrica.Riassemblaggio pulizia generale e collaudo funzionale.

**Parti da sostituire**

-n.1 Alimentatore ..... € 825,00 + i.v.a. 21%

-n.Filtro e tubi interni silicone € 195,00 “ “

-Aggiornamento software.....€ 400,00 “ “

**Ore Lavoro**

-n.5 ore di lavoro.....€ 400,00 + i.v.a. 21%

**Totale riparazione € 1820,00 + i.v.a. 21%**

**Costo dell'endomat nuovo € 9393,00 + i.v.a. 21%**

Vi preghiamo volerci dare riscontro entro 05 gg (tempo richiesto dalla Storz Ufficio Tecnico) trascorso tale termine l'apparecchiatura verrà rispedita irriparata, addebitando i costi

Distinti saluti

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

**SANIFARM S.R.L.**  
L'Amministratore Unico  
Dott. DOMENICO PORCU