



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SSI-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@aslорistano.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 *	
Ospedale	Riservazione	1° Piano	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
		Saturimetro	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	Sig. Pires	SI	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *		X	

Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*

L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*

Descrizione del Malfunzionamento:* Sig. Patzolu (Sorveglianza).

Sensore malfunzionante + VERIFICA FUNZIONALE

Referente di Struttura
 Organizzativa:*

Sig. Dr. Padoa

Tel. 0783/317244

Il Richiedente

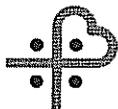
[Signature]

Parte riservata al Ricevente - CHIAMATO IN REPARTO - LA GASALIA NON HA I DATI DELL'APPARECCHIATURA AD USO DOMICILIARE
 - CHIAMATO SIG ITALIA - IL SATURIMETRO È STATO CORNITO DA LORO.
 - INVIARE LA RICHIESTA ALLA SIG ITALIA

ASL 5 Oristano
 Ingegneria Clinica

Tel 0783317331-7356-7330
 Fax 0783779102
 E-mail: ingegneriaclinica@aslорistano.it

11/04/12
 Sistema Sanitario Regione Sardegna
 Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
 Servizio Ingegneria Clinica
 Ass. Tec. Walter Piga

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0026869

Oristano lì 18/04/2012

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

Fax 051 817845

**Spett.le DITTA SIM ITALIA SRL
SAN PIETRO CASALE
BOLOGNA**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Saturimetro		Sensore malfunzionante più verifica funzionale.

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 (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.

Nei preventivi 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

ASL 5 Oristano

Servizio
Ingegneria ClinicaVia Rockfeller snc
09170 Oristano
Fax 0783779102www.asloristano.it
E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1



SURGICAL INTERNATIONAL MARKETING

DIREZIONE GENERALE, AMMINISTRAZIONE E MAGAZZINO
Via Gramsci, 9 - 40018 San Pietro in Casale - BOLOGNA - ITALIA
TEL. ++39 - 051 - 810572 - ++39 - 051 - 817902 - ++39 - 051 - 817850
FAX ++39 - 051 - 817845

E-Mail: info@simitalia.it - Sito Internet: www.simitalia.it

Sede legale: Via Nazario Sauro, 29 - 40121 Bologna - ITALIA

Registro Imprese di Bologna / COD.FISC./PART.IVA 01228210371 - C.C.I.A.A. 242165

Capitale Sociale Euro 10.320,00 I.V.

Certificata UNI EN ISO 13485:2004 UNI EN ISO 9001:2008

No. Iscrizione RAEE IT0802000002631

SPETT.LE

AZIENDA U.S.L. N. 5

VIA CARDUCCI 35

09170 ORISTANO (OR)

PREVENTIVO

C. CLIENTE	PARTITA IVA	TELEFONO	FAX	AGENTE	NUMERO	DATA	PAGINA
OR5	00681110953	0783/317781	0783/73315	PIRAS GIANCARLO	45	03/05/2012	1
CONDIZIONI DI PAGAMENTO			BANCA D'APPOGGIO				
0050 - MANDATO 90 GG.D.F.-ART.50 L.833							
TRASPORTO A CURA DEL		PORTO	VETTORE				
VETTORE		FRANCO					

Codice	Descrizione	U. M.	Quantità	Prezzo Unitario	Sconti	Prezzo Totale	Consegna
RSJ001DA	PULSOSSIMETRO KTPS 02 S/N: HF600225						
KTPS-ADP-01	OPERAZIONI ESEGUITE: SOSTITUIRE SENSORE PLURIUSO ADULTI	PZ	1,00	100,00000		100,00	03/05/2012
AL2125	CAVO DI PROLUNGA PER SENSORE	PZ	1,00	70,00000		70,00	03/05/2012
/	BATTERIA NI-MH 1,2 VOLT 2600 X KTPS 02	PZ	5,00	15,00000		75,00	03/05/2012
	MANODOPERA	N.	1,50	83,00000		124,50	03/05/2012
	* PROT.0026869 DEL 18.04.12						

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

SPESE TRASPORTO

SC.% MERCE

IMPORTO SCONTO

TOTALE NETTO

TOTALE (Iva inclusa)

15,00

384,50

EUR 465,25

ANNOTAZIONI

