

ASL Oristano

AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

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
PG 4.01 e PO 4.01

Richiesta n°: _____ Data: 11/5/2012 Ora: 11:30
Trasmettere via Fax al seguente numero: **0783-779102**

Presidio <u>S. MARTINA</u>	Struttura Organizzativa <u>Cardiologia</u>	Edificio - Piano - Stanza <u>1° P.</u>		
N° Inventario <u>443-ATI 001024</u>	Matricola <u>40545174</u>	Descrizione apparecchiatura <u>Defibrillatore ESATE MDF II</u>		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice <u>TBIT</u>	Proprietà (Azienda/Service/Altri)		
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax <u>[Signature]</u>	Garanzia	Urgente	Fermo Macchina	
Descrizione del Malfunzionamento: <u>battere scossa</u>				

Referente di Struttura Organizzativa:

Sig. [Signature]

Tel. n° 7369
Il Richiedente

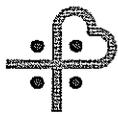
[Signature]

Parte riservata al Ricevente

N° Pratica	<u>DEFIBRILLATORE ESA 01E PIRELLA MDF II CONTATTARE LA DITTA TBIT</u>
------------	---

[Signature] 08/05/12

Area Tecnica
Servizio di Ingegneria Clinica
P.O. San Martino (7° Piano) Via Rockefeller snc 09710 Oristano
Tel. 0703 317206/7356/7333/3317336 Fax: 0783 779102 E-mail: sic.asl.oristano@gmail.com

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0030934

Oristano lì, 09/05/2012

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 070/561120
Tel 070/560601**Spett.le Ditta T.B.M. s.a.s.**
Via Zuddas, 13
09042 MONSERRATO (CA)

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

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Defibrillatori ESAOTE modello MDF II	40545174	Batteria scarica.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: 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 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.

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@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 ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

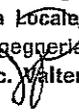
La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità 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.

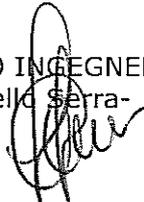
Sistema Sanitario Regione Sardegna

Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano

Servizio Ingegneria Clinica

Ass. Tec.  Walter Piga

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Ing.  Marcello Serra-Rag. Salvatore Seoni
0783 317356



di G. PUTZULU & C.



Mon serrato, 16 Maggio 2012

Ns.rif.: P12105

Spett.le Azienda
U.S.L. n° 5
Via Carducci n° 35
09170 ORISTANO (OR)

OGGETTO: Preventivo come da Vs. richiesta prot. n° 0030934 del 09-05-2012.

In risposta a Vs. richiesta fax del 09-05-2012, come in oggetto, di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo sottoporVi ns. miglior preventivo spesa per il ripristino funzionalità del Defibrillatore marca: Esaote, mod.: MDF II, matr.: 40545174 in dotazione presso l'Unità Operativa di Cardiologia del P.O. San Martino.

L'IMPORTO PER IL RIPRISTINO FUNZIONALITA' DI CUI SOPRA AMMONTA A EURO: €=740,00= (settecentoquaranta/00) I.V.A. ESCLUSA COSI DETERMINATO:

- N° 1,5	Ora lavoro	€	180,00
- N° 01	Rimborso forfetario spese trasferim.	€	120,00
- N° 01	Pacco batterie ricaricabili	€	440,00
-	Ore viaggio	€	---
-	Rimborso chilometrico	€	---
-	Spese trasferta	€	---
-	Spese preventivo	€	---
-	Costo sopralluogo preliminare	€	---
TOTALE COMPLESSIVO		€	740,00

N.B.: Se il presente preventivo sarà autorizzato insieme al preventivo n° P12106 del 16-05-2012, Vi addebiteremo un solo rimborso forfetario.

Tempi di esecuzione: In funzione delle Vs. necessità.

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

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

TBM s.a.s.
Giancarlo Putzulu

TBM S.A.S.

Sede Sociale: 09042 Monserrato
Via G. Zuddas, 13

E-mail: tbmsat@libero.it
C.F. e P. IVA 02214460921

Reg. Impr. Cagliari
n. 27047 Trib. Cagliari

R.E.A.
CA 168223

Cell. 336 817966
Tel. 070 560601
Fax. 070 561120