

SECONDO INVIO
16/3/12

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: 13/12 Ora: _____
Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asl.oristano.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 *
ODONTOIATRIA	POL. ACES	1° Piano ODONTOIATRIA - AMBULATORIO N° 1
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *
		TURBINA - MICRO MOTORE RIVINCO
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *
Telefono/Fax * 0783 911324	Loen Gilole - SECCOIT - LAARA	

Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? *

L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? *

Descrizione del Malfunzionamento: *

TURBINA - e il MICRO MOTORE NON FORNISCE H2O (forse il fedale del fedale) LA PARTE TERMINALE DEL MICRO MOTORE tende a muoversi ad alcune ore di manovra.

Referente di Struttura Organizzativa: * _____ Sig. _____ Tel. _____

Il Richiedente
Rita Uffis N. 5 - OR
Direttore Sanitario - ACES
X TERESA VALLA

Parte riservata al Ricevente

COPITARE LA DITTA

REGIONE SARDEGNA
Sistema Sanitario Regionale
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tel. Walter Piga





S.S.D. Ingegneria Clinica

Prot. 19516Oristano li, 11 9 MAR 2012**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.

Spett.le Ditta DENTAL POINT
Cagliari
FAX 070/522328

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione all'U.O. Poliambulatorio di Ales ambulatorio di Odontoiatria tel. 0783/9111324

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetti riscontrati
MICROMOTORE SIRONA T1 LINE	5075	NON GIRA IL ROTORE
TURBINA MICROMOTORE		NON FORNISCONO H2O
ABLATORE		PERDITA D'ACQUA - MANCANZA EMISSIONE DI ULTRASUONI

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 i referenti dell'Unità Operativa Loru Gilda, Secchi Anna Maria (0783/9111324) 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.

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.

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

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.

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

Il Referente Amministrativo della Richiesta

-Rita Zedda-

Recapito

Distretto Sanitario Ales Terralba

Via IV Novembre, 30 - 09091 Ales (OR)

Tel. 0783/9111303 Fax 0783/9111404



