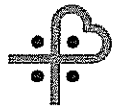


**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5  
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Responsabile Servizio di Ingegneria Clinica N° \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 21%	Preventivo IVA inclusa
U.O. di Patologia Neonatale del P.O. San Martino	E0703	N. 2 Echolab OAE - ABR	Ditta Labat di Mogliano Veneto (TV)	29.06.2012	715,00	150,15	<b>865,15</b>

220,00
480,00
15,00
<b>715,00</b>



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@asloristano.it

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

Table with 4 columns: Presidio, Unità Operativa/Poliambulatorio, Edificio - Piano - Stanza, N° Inventario, Matricola, Descrizione apparecchiatura, Codifica CIVAB, Ditta Manutentrice, Proprietà, Persona di reparto da contattare, Garanzia, Urgente, Contratto. Includes handwritten entries like 'SAV MARTINO', 'PEB e NEONATOLOGIA', 'ECHOLAB OAE-ARZ', 'LABAT'.

Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?\*

L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?\*

Descrizione del Malfunzionamento:\* COPERNOLO TECNICO FUNZIONALE + SOSTITUZIONE NELLA BATTERIA S.N. BT08142

Referente di Struttura Organizzativa:\*

Sig. \_\_\_\_\_

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
A.S. Richiedente

[Signature]

Parte riservata al Ricevente

INDICARE ALLA DITTA DI FATTURAZIONE LE SPESE X IL RITIRO DELLE APPARECCHIATURE TRAMITE UN VERO CARINIERE DI FONDATA.

[Signature] ASL Oristano

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0043654

Oristano lì, 29/06/2012

**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 041 616124  
Tel. 041 2667686**Spett.le Ditta Labat srl**  
**Via Don Tosatto 39**  
**30174 Mestre-Venezia**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione all'Unità Operativa di Pediatria E Neonatologia del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano. Indicare nel preventivo anche il costo di spese trasporto A/R delle apparecchiature.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
N. 2 ECHOLAB OAE-ABR	ECL 09003 ECL 09004	CONTROLLO TECNICO FUNZIONALE + SOSTITUZIONE N°1 BATERIA S.N. BT08172

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto: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 brevisimo 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@asloristano.it](mailto: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-

**LABAT S.R.L.**

VIA RAFFAELLO SANZIO, 3 - 31021 MOGLIANO V.TO ( TV ) Italia  
 P.I. IT02297850261 C.F. 02297850261  
 Tel. 041-2667686 Fax 041-616124  
 www.labat.it - e.mail: info@labat.it

Mestre li, 29/06/2012

**PREVENTIVO DI SPESA N. 003760**

Vostro riferimento: VS PROT. N. 0043654 DEL 29/06/2012

**Apparecchiature:**

Produttore:	LABAT	Nr. Serie:	ECL09004
Modello:	OAE LABAT ECHOLAB	Inventario:	
Ubicazione:	P.O. "SAN MARTINO"	Interventi tecnici Nr.:	

Produttore:	LABAT	Nr. Serie:	ECL09003
Modello:	OAE LABAT ECHOLAB	Inventario:	
Ubicazione:	P.O. "SAN MARTINO"	Interventi tecnici Nr.:	

COD. ARTICOLO	DESCRIZIONE	U.M.	Q.TA'	PREZZO	SCONTI	IMPORTO	C.IVA
00177	BATTERIA RICARICABILE ECHOLAB	PZ	1	220,00		220,00	21
	CONTROLLO TECNICO FUNZIONALE	PZ	2	240,00		480,00	21
00807	SPESE DI SPEDIZIONE 0 - 3 Kg	PZ	1	15,00		15,00	21

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

<b>Imponibile</b>	715,00
<b>IVA</b>	150,15
<b>Totale Euro</b>	<b>865,15</b>

<b>CONDIZIONI DI FORNITURA</b>		<b>ATTENZIONE:</b>	
Garanzia:	<b>SEI MESI</b>	L' esecuzione di quanto sopra descritto è subordinato alla Vs accettazione reinvia al fax 041 616124 o alla email mineolanza@labat.it. Nel caso di mancata accettazione di preventivi in seguito ad assistenza di laboratorio verranno addebitati solo i costi fissi per la presa in carico e la gestione del Vs apparecchio nel nostro laboratorio.	
Consegna:			
Trasporto:			
Pagamento:	<b>BONIFICO BANCARIO 90 GG FM</b>		
Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti e cogliamo l'occasione per porgere distinti saluti		Timbro e firma per accettazione	
LABAT s.r.l. Aldo Mineo Lanza			

**Spett.le**  
**A.S.L. N.5 - ORISTANO**

VIA CARDUCCI,35 PALAZZO AUSONIA  
 09125 ORISTANO (OR)

**Luogo di Destinazione**  
**INGEGNERIA CLINICA C/O P.O. S. MARTINO**

VIA ROCKFELLER - 7° PIANO  
 09170 ORISTANO (OR)

**Alla C.A.**  
**ING. MARCELLO SERRA**

Fax: 0783 779102