

SAPIO

Azienda S.R.L. s. r. l. - ORISTANO
Distretto Sanitario di ALES

05 SET. 2012

POSTA IN ARRIVO
PROT 56870
del 06.09.2012.

Spett.le
AZIENDA USL N°5
C.a Ing. Clinica
Osp San Martino
ORISTANO
c.a Ing Marcello Serra
epc. rag. Salvatore Seoni

Porto Torres 20 06 2012 Prot. 123gd12

Vs 26315 del 17 04 2012

OGGETTO: preventivo riparazione Smartair ST Airox matr 4095400K833708

SAPIO LIFE S.R.L. con sede legale in Monza, Via Silvio Pellico 48, Ufficio delle Imposte Dirette di Monza – Via Marsala n. 13, Codice fiscale, numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02006400960 – già Registro Ditte R.E.A. n. 1330457 dal 9/3/90, registro delle Imprese di Monza n. MI149-43606, P.I. 02006400960 – .E.MAIL g.diana@sapio.it , con la presente sottopone alla Vs. cortese attenzione la propria migliore offerta per quanto in oggetto.

CONDIZIONI DI FORNITURA:

➤ **Pagamento :** 90 GG rimessa diretta.

SAPIO LIFE Srl - SEDE LEGALE E UFFICI OPERATIVI: Via S. Pellico, 48 - 20052 Monza (MI)
Tel. +39 039 83981 - Fax +39 039 2025143 - www.grupposapio.it - sapiolife@sapio.it
CAP. SOC. € 30.641.069 I.V. - Cod. Fisc. e iscriz. Reg. Imprese di Monza e Brianza 08604430159 - R.E.A. di Monza e Brianza 1249621 - P.IVA 02006400960
Casella Postale Monza 221 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Progelin Srl

FILIALE: Via Alberto D'Albertis -07046 Porto Torres - Tel. +39 079 2675110 - Fax +39 079 2675408

CONDIZIONI ECONOMICHE:

Descrizione	Prezzo a voi riservato	Totale
N° 1 Ciclo di sanitizzazione	25,00	25,00
N° 1 PM LEVEL V5 SM ST	970,20	970,20
N° 1 Alimentatore Smartair ST	163,64	163,64
N° 1 TARIFFA ORARIA F1	98,00	98,00
		€1256,85
TOTALE CON IVA 21%		€ 1520,78

N.B la riparazione del respiratore richiede il ritiro , pertanto la stessa è stata sostituita con un'apparecchiatura identica .

In attesa di un Vs. gentile cenno di riscontro in merito, con l'occasione porgiamo i ns. più distinti saluti.

SAPIO LIFE SRL
Servizio Tecnico Commerciale
Diana Gianmario





S.S.D. Ingegneria Clinica

Prot. 20315Oristano li, 17 APR. 2012**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.

**Spett.le Ditta SAPIO LIFE
SASSARI
FAX 079/2675408**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in uso domiciliare, temporaneamente ubicata presso il Servizio Farmaceutico Territoriale del Distretto Sanitario di Ales in Via IV Novembre, 49 Ales, Tel. 0783/9111314 (Dr. A. Isoni):

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetti riscontrati
Ventilatore Polmonare Smartair ST Airox	4095400k833708	NON SI ACCENDE

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 dott. A. Isoni 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.

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.

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

In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslristano.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
-Biagini Anna

Recapito
Distretto Sanitario Ales Terralba
Via IV Novembre, 49 - 09091 Ales (OR)
Tel. 0783/9111402 Fax 0783/9111404



ASL Oristano

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: 16-04-12	Ora: 10.30
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 *	
ALES	FARMACIA	TERZA	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
	4095400K83208	VENTILATORE SHARPTAID ST AIRBOX IV DOTAZIONE A POTIZIONE DI PULVERE	
Codifica CIVAE	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	SAPIO LIFE	(Azienda/Servizio, ALIENI)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax * DR. ISONI FAX 0783 911603	NO	URGENTE SÌ X	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		SI	
Descrizione del Malfunzionamento:*		NON SI ACCESSIBILE	

Referente di Struttura
Organizzativa: *

DR. ISONI

Tel. 0783 9111314

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

CONTATTARE LA DITTA
SAPIO LIFE

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