



## 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: 09-05-12 Ora: \_\_\_\_\_Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto: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 *		
	Via PIRA n° ORISTANO	3° piano stanza 3		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
		RIUNITO DENTODIAPRICO		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)		
		SR		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
Telefono/Fax *	NO	SI		
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NO				
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * NO				
Descrizione del Malfunzionamento: * Vedi segnalazione della macchina allepate				

Referente di Struttura  
Organizzativa:\*Sig. PIERO CELIATel. 0783 317510

Il Richiedente

[Signature]

## Parte riservata al Ricevente

CONTATTARE LA DITTA

HENRY SCHEIN KRUGG.

Sistema Sanitario Regione Sardegna

Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano

Servizio Ingegneria Clinica

Ass. Tec. Valter Piga

11/05/12



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: 24/05/2012 Ora: \_\_\_\_\_Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.

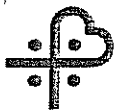
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO	ODONTOLOGIA	3° PIANO	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
	72170949	RUMORE ANTIOS AMBULATORIO ODONTOLOGICO N°3	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	KRUGG	(Azienda/Service/Altri) SI	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *	/	SI	/
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
NO			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
ABLATORE! SIEVIDENZA PER ALTA CONTINUA DI ACQUA E LANCIA DI VIBRAZIONE DEL MANIPOLO			

Referente di Struttura <sup>CAPIPO</sup> Sig. H. ATTA  
Organizzativa:\*Tel. 0783 317510Dr. LEDDIO Clèlia  
Dirigente Medico  
Poliambulatorio di Oristano  
A.S.L. n° 5

Parte riservata al Ricevente

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



## 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: 24/05/2012 Ora: \_\_\_\_\_Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.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 *	
POLIAMBULATORIO DEL DISTRETTO	ASL ORISTANO	ODONTOLOGIA 1-2-3 3° PIANO	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
		RIUNITO ANTHOS ALBULATORIO ODONTOLOGIA 1-2-3	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	KRUGG	(Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *	/	SI	/

Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?\*

L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?\*

Descrizione del Malfunzionamento:\* PORTAFILTRO ASPIRAZIONE ROTTO  
MALFUNZIONAMENTO DEL GRUPPO IDRICO.  
(IL TECNICO DELLA DITTA KRUGG SUGGERISCE LA SOSTITUZIONE DEL  
PORTAFILTRO DEI 3 RIUNITI E SCHEMI ELETTRONICI DEL RIUNITO 3)Referente di Struttura ASL Sig. R. ATTA Tel. 0783 317510  
Organizzativa:\*Il Richiedente  
Dr.ssa PEDDIO, Clelia  
Dirigente Medico  
Poliambulatorio di Oristano  
ASL

Parte riservata al Ricevente

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



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. 50-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva e richiesta su attrezzature sanitarie  
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie

Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n° \_\_\_\_\_ Data 11-7-12 Ora 11.30Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.  
dati con l'asterisco sono obbligatori

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
	ORISTANO	3°	ODONTO 3
N° Inventario *	Matricole *	Descrizione apparecchiatura *	
		RIUNITO ODONTOIATRICO	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	?	ASL	
Persone di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *	NO	SI	

Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?\*

L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? \* NO

Descrizione del Malfunzionamento: \*  
VEDI NOTA DELLO  
SPECIALISTAReferente di Struttura  
Organizzativa:\*Sig. PELLO UGUÀTel. 0783/317510

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente



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: 16-07-12 Ora 08.06

Trasmettere via Fax: al seguente numero: 0783-779102 o via email: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto: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 *		
	<u>POLIAMBUL - OR</u> <u>ODONTOIATRIA</u>	<u>3° PIANO</u>		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
		<u>RINUNITO ODONTO 2</u>		
Codifica CIVAS	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà = (Azienda / Service / Altri)		
	<u>?</u>			
Persona di reparto da contattare *	Garanzia =	Urgente =	Contratto *	
Telefono / Fax *	<u>NO</u>	<u>SI</u>		
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * <u>NO</u>				
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * <u>NO</u>				
Descrizione del Malfunzionamento: * <u>Testi schiere delle</u> <u>macchine</u>				

Referente di Struttura  
 Organizzativa: \*

Sig.

PERDARO CHIARA

Tel.

0783 317510

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0032851

Oristano lì, 15/05/2012

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

Fax 079/298852

Tel 079/298852

**Spett.le Ditta Henry Schein Krugg**  
**Via Gorizia, 40**  
**09100 Sassari**

Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Ambulatorio di Odontoiatria 3 del Poliambulatorio di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Riunito Odontoiatrico		Controllo lampada - Vaschetta di scarico paziente.

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 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 (Milena Atza - 0783 317510) 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.

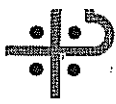
La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità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



**DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA**  
**-Ing. Marcello Serra-**

Rag. Salvatore Seoni  
 0783 317356

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0037218

Oristano lì, 31/05/2012

**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 079/298852  
Tel 079/298852**Spett.le Ditta Henry Schein Krugg**  
**Via Gorizia, 40**  
**09100 Sassari**Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione all'Ambulatorio di Odontoiatria 1-2-3 del Poliambulatorio di Oristano.

<b>Tipo apparecchiatura</b>	<b>N° matricola</b>	<b>Difetto riscontrato</b>
Riunito Odontoiatrico Anthos 1	72170949	Portafiltra aspirazione rotto, malfunzionamento del gruppo idrico.
Riunito Odontoiatrico Anthos 2		Portafiltra aspirazione rotto, malfunzionamento del gruppo idrico.
Riunito Odontoiatrico Anthos 3		Portafiltra aspirazione rotto, malfunzionamento del gruppo idrico. Ablatore: si evidenzia perdita continua di acqua e mancanza di vibrazione del manipolo.

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 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 (Milena Atza - 0783 317510) 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.**

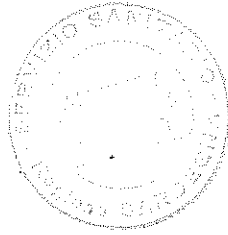
Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

ASL 5 Oristano

Servizio  
Ingegneria ClinicaVia Rockefeller snc  
09170 Oristano  
Fax 0783779102[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

Pag. 1 di 2

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
-Ing. Marcello Serra-





**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0047028

Oristano lì, 13/07/2012

**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 079/298852  
Tel 079/298852**Spett.le Ditta Henry Schein Krugg**  
**Via Gorizia, 40**  
**09100 Sassari**Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Ambulatorio di Odontoiatria del Poliambulatorio di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Riunito Odontoiatrico 3		Perdita acqua ....

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto: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 (Milena Atza - 0783 317510) 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](mailto: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.

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
-Ing. Marcello Serra-Sistema Sanitario Regione Sardegna  
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano  
Servizio Ingegneria Clinica  
Ass. Tec. Valter Piga

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0047439

Oristano lì, 16/07/2012

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

Fax 079 298852

**Spett.le Ditta Henry Schein Krugg**  
**Via Gorizia n° 40**  
**09100 Sassari**

Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'ambulatorio di odontoiatria del poliambulatorio di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
N. 2 RIUNITO ODONTOIATRI-CO ANTHOS.		si è staccato il gruppo dei comandi dal braccio mobile lato assistente.

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 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@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.

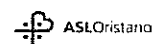
IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
 -Ing. Marcello Serra-

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

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc  
 09170 Oristano  
 Fax 0783779102

Servizio Ingegneria Clinica

[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

Pag. 1 di 1

Sede operativa attrezzature  
Via Saragat 5/7  
40026 Imola (BO)  
Tel. 800.011423  
Fax 0542.880125  
info@henryschein.it

Assistenza tecnica  
Tel. 800.928860  
Fax 0542.880124  
service@henryschein.it

www.henryschein.it

OK



Spett.le  
ASL 5 Oristano  
Servizio di Ingegneria Clinica  
Via Rockefeller snc  
09170 – Oristano – OR

**URGENTE**

Sassari, 06 settembre 2012

Vs.rif. prot.32851 del 15/05/2012; prot.37218 del 31/05/2012; 47028 del 13/07/2012; 47439 del 16/07/2012

Oggetto: Preventivo per intervento di assistenza tecnica

♦ In data 21 maggio 2012 abbiamo effettuato il sopralluogo presso il Poliambulatorio di Via M.Pira, riscontrando i seguenti malfunzionamenti:

- AMBULATORIO 3 – RIF.32851 – controllo lampada - vaschetta di scarico paziente

COD.ART.	DESCRIZIONE	QUANT.	PREZZO UNIT.	TOTALE
IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	1	€ 65,00	€ 65,00
	sopralluogo e regolazione braccio lampada		IMPONIBILE	€ 65,00
	nessun problema allo scarico bacinella		IVA 21%	€ 13,65
			TOTALE	€ 78,65

La garanzia è di 6 mesi sui componenti sostituiti. In caso di mancata accettazione del preventivo, verrà addebitato il sopralluogo come da prospetto.

♦ In data 29 giugno 2012 abbiamo effettuato il sopralluogo presso il Poliambulatorio di Via M.Pira, riscontrando i seguenti malfunzionamenti:

- AMBULATORIO 1 – RIF. 37218 – porta filtro aspirazione rotto, malfunzionamento del gruppo idrico- l'acqua della sputacchiera è sempre in funzione, è necessaria la sostituzione della scheda idrico; perdita acqua dal filtro aspirazione, è necessaria la sostituzione del kit pomello completo di o'ring, del carter e del tappo del convogliatore cannule;
- AMBULATORIO 2 – RIF.37218 – riscontrata perdita d'acqua dalla tavoletta medico, ripristino funzionale con by pass – è necessaria la sostituzione della scheda controllo elettronico siringa; malfunzionamento spray del micromotore, ripristino funzionale con sblocco dell'elettrovalvola – è necessaria sostituzione elettrovalvole; perdita acqua dal filtro aspirazione, è necessaria la sostituzione del kit pomello completo di o'ring, del carter e del tappo convogliatore cannule;

COD.ART.	DESCRIZIONE	QUANT.	PREZZO UNIT.	TOTALE
IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	1	€ 65,00	€ 65,00
HM	ORE DI VIAGGIO	1	€ 50,00	€ 50,00
CONS	CHILOMETRI	188	€ 0,80	€ 150,40
	sopralluogo e ripristino funzionale AMBULATORIO 3		IMPONIBILE	€ 265,40
	sopralluogo AMBULATORIO 2		IVA 21%	€ 55,73
			TOTALE	€ 321,13
IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	1	€ 65,00	€ 65,00
866733	R-TAPPO RACCORDO 6X8	1	€ 1,70	€ 1,70
863418	R-CORPO SUP. MANIGLIA TAV.	1	€ 19,01	€ 19,01
863419	R-CORPO INF. MANIGLIA TAV.I	1	€ 38,79	€ 38,79
113373	R-VITE AUT TC CRO #4SPX1/4	3	€ 1,42	€ 4,26
866994	R-DIST D7.5-d4.6-L5	3	€ 1,18	€ 3,54
863442	R-TAMP. LATERALE TAV	1	€ 10,96	€ 10,96
861854	R-GR. KIT SUPPORTO CANN.ASPIRAZ.	2	€ 33,93	€ 67,86
866947	R-AZIONATORE MICRO ASPIRASA	2	€ 6,56	€ 13,12
866946	R-PIASTRINA DI RINFORZO PER	2	€ 3,51	€ 7,02
863438	R-DIAFRAMMA PER SUPP. CANN.	2	€ 3,76	€ 7,52
861855	R-GR. KIT SUPPORTO ACCESSORI	1	€ 47,67	€ 47,67
	sostituzione tappo raccordo riduttore		IMPONIBILE	€ 286,45
	sostituzione cover tavoletta assistente, supporto		IVA 21%	€ 60,15
	cannule e supporto lampada per polimerizzare		TOTALE	€ 346,60
	TOTALE PREVENTIVO			€ 667,74

La garanzia è di 6 mesi sui componenti sostituiti. In caso di mancata accettazione del preventivo, verrà addebitato il sopralluogo come da prospetto.

Restando in attesa di Vostra conferma, porgiamo cordiali saluti.

Dario Deidda

Filiale di Sassari

Henry Schein Krugg Spa

Tel. + 39 079 298852 – Fax + 39 079 298852

[dario.deidda@henryschein.it](mailto:dario.deidda@henryschein.it)

- AMBULATORIO 3 – RIF.37218 - sull'ablatores Mectron vengono utilizzate delle punte EMS – il manipolo funziona regolarmente; la leva della lampada TSgo è da sostituire; perdita d'acqua dalla turbina, è necessaria la sostituzione delle elettrovalvole; perdita acqua dal filtro aspirazione, è necessaria la sostituzione del kit pomello completo di o'ring, del carter e del tappo del convogliatore cannule;

COD.ART.	DESCRIZIONE	QUANT.	PREZZO UNIT.	TOTALE
IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	3	€ 65,00	€ 195,00
HM	ORE DI VIAGGIO	1	€ 50,00	€ 50,00
CONS	CHILOMETRI	188	€ 0,80	€ 150,40
	sopralluogo e ripristino funzionale AMBULATORI 1/2/3		IMPONIBILE	€ 395,40
			IVA 21%	€ 83,03
			TOTALE	€ 478,43
IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	3	€ 65,00	€ 195,00
HM	ORE DI VIAGGIO	1	€ 50,00	€ 50,00
CONS	CHILOMETRI	188	€ 0,80	€ 150,40
106154	R-SCHEDA IDRICO PHASE	1	€ 187,54	€ 187,54
862800	R-SCHEDA CONTROLLO ELETTR.	1	€ 30,99	€ 30,99
861831	R-GR. EV ARIA SPRAY	4	€ 74,53	€ 298,12
861833	R-GR. EV RAFFR. MATASSE MM	1	€ 74,93	€ 74,93
861832	R-GR. EV PROPORZIONALE associato	1	€ 276,77	€ 276,77
865176	R-AZIONATORE REGOLAZ. INTEN	1	€ 13,31	€ 13,31
863456	R-CARTER CONVOGLIATORE CANN	3	€ 15,43	€ 46,29
863454	R-CONVOGLIATORE CANNULE ASP associato	3	€ 35,89	€ 107,67
862052	R-KIT POMELLO CONV.+GUARNIZIONE	3	€ 14,21	€ 42,63
863299	R-TAPPO CIL D 28	3	€ 5,98	€ 17,94
	sostituzione scheda idrico e scheda controllo siringa		IMPONIBILE	€ 1.491,59
	sostituzione EV micromotore e turbina		IVA 21%	€ 313,23
	sostituzione convogliatore cannule e accessori		TOTALE	€ 1.804,82
	TOTALE PREVENTIVO			€ 2.283,26

La garanzia è di 6 mesi sui componenti sostituiti. In caso di mancata accettazione del preventivo, verrà addebitato il sopralluogo come da prospetto.

♦ In data 05 settembre 2012 abbiamo effettuato il sopralluogo presso il Poliambulatorio di Via M.Pira, riscontrando i seguenti malfunzionamenti:

- AMBULATORIO 3 – RIF.47028 – è stata riscontrata una perdita d'acqua dal tappo del raccordo riduttore– abbiamo eseguito il ripristino funzionale temporaneo – è necessario sostituire il tappo;
- AMBULATORIO 2 – RIF. 47439 – la tavoletta assistente è completamente staccata dal braccio, i supporti cannule aspirazione e lampada per polimerizzare sono usurati, i comandi poltrona funzionano regolarmente – è necessario sostituire il guscio inferiore, il guscio superiore ed i supporti strumenti della tavoletta assistente.