

**SANIFARM S.r.l.**

VIALE MONASTRI, 126/A • TEL. 070283350  
TELEFAX 070282339  
09122 CAGLIARI  
REG. SOC. TRIB. CAGLIARI N. 7115  
C.C.I.A.A. CAGLIARI N. 87129  
C.C. POSTALE N. 17525098  
COD. FISC. E PART. IVA N. 00288550924

Spett.  
AZIENDA U.S.L. N.5  
VIA CARDUCCI, 35  
09170 ORISTANO (OR)

N° fattura	Data fattura	Pagina	Condizioni di pagamento	Codice Cliente	P.IVA / Codice Fiscale
27	14/01/11	1/1	RD60 - Rim. Dir. 6099 d.f.	01040	00681110953

Destinazione dei beni: OSPEDALE S.MARTINO  
VIA ROCKFELLER, 1  
ORISTANO

Note: LETTINO PER ORTOPEDIA  
MAGAZZIN O X U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT.  
Vs. ordine P.69503 DEL.901  
Data ordine 07/10/10

Allegato n° \_\_\_\_\_ alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° \_\_\_\_\_ fogli

Articolo	Descrizione	Codice magazzino	Quantità	UM	Prezzo	Sconti	Importo	IVA
A2232/2332	Doc. trasporto N. 46 del 14/01/11	00570112	1,00	PZ	3.950,00		3.950,00	20
A7334	LET. DA VISITA X ORTOP. STREAMLINE MER	00570113	1,00	PZ				20
A7320	ASTA PORTA FLEBO	00570114	1,00	PZ				20
A3293	KIT FISSAGGIO ASTA PORTA	00570115	1,00	PZ				20
A3294	SUPPORTO BRACCIO LATERALE	00570116	1,00	PZ				20
A1063	AKRON SUPPORTO ROTOLO DI CARTA	00570117	1,00	PZ				20
A1064	LEG ROLLER SOLLEVA ARTO	00570117	1,00	PZ				20
	CUSCINO GLUTTEI	00570121	1,00	PZ				20

Trasporto a mezzo		Spese di trasporto	0,00	Spese varie	0,00	Tot. imponibile + N.I.	3.950,00
-------------------	--	--------------------	------	-------------	------	------------------------	----------

Cod. 20	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione	Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione	Totale I.V.A.
	3.950,00	20,0	790,00					790,00
								<b>Totale fattura</b>
								<b>4.740,00</b>

DATA PROT. ORISTANO  
25 GEN. 2011  
P. 458  
02/02/2011

*Il Servizio Ingegneria Clinica***Prot. 3825526****Oristano lì, 10 LUGLIO 2012****Alla Responsabile del Servizio Acquisti****Oggetto: trasmissione collaudo di n.1 lettino da Visita per Ortopedia** (Delibera n. 901 del 07/10/2010, Ordine 69503 del 14/10/2010)

Si trasmette copia del collaudo di n. 1 Lettino da Visita per ortopedia fornito dalla ditta Sanifarm è destinato all'U.O. di ortopedia del P.O. San Martino di Oristano.

**P.O. San Martino Oristano**

Apparecchiatura	Ditta	Modello	Matricola	Inventari
LETTINO DA VISITA PER ORTOPEDIA	AKRON HUNTLEIGT	A2274/8/2FS	P096315	3226

Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 7 fogli

**Esito dei Collaudo "Positivo"**

Distinti saluti,

Servizio Ingegneria Clinica  
Ass. Tec. *Valter Piga*

Servizio Sanitario Regione Sardegna ASL n° 6 - ORISTANO Dipartimento Amministrativo Servizio Provveditorato
12 LUG 2012
Arrivato il _____ del _____
Prot. N. _____ del _____



Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto SILVIA MULLIRI  
In qualità di Responsabile del Servizio di DELEGATO PER IL COLLAUDO  
DITTA FORNITRICE

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di LETTINO DA VISITA ORTOPEDICO  
al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: SILVIA MULLIRI

Docente del Corso //  
In qualità di RAPPRESENTANTE PER IL COLLAUDO  
della Ditta SANIFARM

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 23-05-12

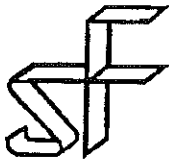
dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta SANIFARM (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore  
(firma)

Silvia Mulliri

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

Azienda ASL N° 5 ORISTANO  
P.O. "S. MARTINO"  
U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
Pott. Mauro Sica



**SANIFARM s.r.l.**

V.le Monastir 126/A

**09122 CAGLIARI**

Tel. 070/288350 Fax. 070/282339 E-Mail sanifarmsardegna@tiscali

Reg. Soc. Tribun. CAGLIARI n° 7115 - C.C.I.A.A. CAGLIARI n° 87129

C/C Postale n° 17525098 - Cod. Fisc. e Part. IVA : 00288550924

Tipo documento

Documento di trasporto (DDT)

Indirizzo di consegna

OSPEDALE S. MARTINO  
U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT.  
VIA ROCKFELLER, 1  
ORISTANO (OR)

Intestatario documento

AZIENDA U.S.L. N.5

VIA CARDUCCI, 35  
09170 ORISTANO (OR)

P. IVA / COD. FISCALE: 00681110953

Nr. documento

46

Data documento

14/01/11

Pagina

1/1

Rit. U LETTINO PER ORTOPEDIA  
MAGAZZIN O X U.O. ORTOPEDIA E TRAUMAT.

Vs. ordine P.69503 DEL.901

del 07/10/10

consegna Franco vs.magazzino

Riferimento	Articolo	Descrizione	UM	Quantità
A2232/2332	00570112	LET.DA VISITA X ORTOP. STREAMLINE MERIT3	PZ	1,00
A7334	00570113	ASTA PORTA FLEBO	PZ	1,00
A7320	00570114	KIT FISSAGGIO ASTA PORTA	PZ	1,00
A3293	00570115	SUPPORTO BRACCIO LATERALE	PZ	1,00
A3294	00570116	AKRON SUPPORTO ROTOLO DI CARTA	PZ	1,00
A1063	00570117	LEG ROLLER SOLLEVA ARTO	PZ	1,00
* A1064	00570121	CUSCINO GLUTEI	PZ	1,00

Causale del trasporto	Consegna / porto	Vettore
Vendita	<input checked="" type="checkbox"/> Mittente <input type="checkbox"/> Destinatario	

Aspetto esteriore del beni	Nr. colli	Peso colli	Data e ora trasporto
Scatole + A VISTA	04		17.01.11 6.8.30

Firma vettore	Firma conducente	Firma destinataria
	<i>Perca</i>	<i>[Firma]</i>

Note e variazioni alle condizioni di trasporto

\* DA CONSEGNARE A 1064 - CUSCINO GLUTEI



Electronica  
Bio Medica

Via F. Bettini, 13  
06034 FOLIGNO (Pg)  
tel. 0742/32661  
fax 0742/326632  
www.ebm.it  
info@ebm.it

Cliente: ASL 5 ORISTANO

20329/co

Data 23-05-12

# VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

## PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 901 del 07-10-2010 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta SANIFARM la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>0003626</u>	<u>AKRON HUNTELEIGH</u>	<u>LETTINO DA VISITA ORTOPEDICO</u>	<u>A22F4/8/2FS</u>	<u>P096315</u>
<b>Accessori</b>				
<u>VEDI</u>	<u>rapporto tecnico n° 54100</u>			

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO ORTOPEDIA presso la Struttura: S' MARTINO ORISTANO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 14-01-11 con bolla nr. 46 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 23-05-12 presso ORTOPEDIA S' MARTINO sono convenuti i signori:

Dot. MAURO SPIGA Incaricato ASL 5 ORISTANO  
SILVIA MOURI Incaricato DITTA FORNITRICE  
ROSSI CLAUDIO Incaricato INGEGNERIA CLINICA  
 Incaricato \_\_\_\_\_;

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

### CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

### CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note \_\_\_\_\_

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Signature]

Il Consegnatario del bene \_\_\_\_\_

Il referente Amm.vo dell'Azienda [Signature]

Il Responsabile della ditta fornitrice [Signature]

### In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



ELETTRONICA BIO MEDICALE srl  
 Via F. Bettini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)  
 Tel. 0742/32661 - Fax 0742/326632  
 www.ebm.it - info@ebm.it

a company of



Cliente: ASL 5 ORISTANO  
 [Signature]  
 PROFESSIONALE

N° 3092ICA

Data 23-05-12

# VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
0003626	LETTINO DA VISITA ORTOP	AKRON HUNTLEIGH	A2274/8/BFS	P096315

Da assegn. alla Struttura P.O. S' MARTINO all' U.O./SERVIZIO ORTOPEDIA Ubic. stanza cod.: 010P . 02019

Provenienti da:  Delibera n° 901 del 07-10-2010  
 Ordine n° Prot 69503 del 14-10-2010  
 DDT n° 46 del 14-01-2011  
 FATTURA n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

TITOLO DI POSSESSO  PROPRIETA'  LEASING  VISIONE  
 AFFITTO  SERVICE  PROP. ALTRI ENTI  
 COMODATO D'USO  DONAZIONE

Il Responsabile delegato  
 Servizio Ingegneria Clinica

TIMBRO & FIRMA DEL RESPONSABILE  
ASL N° 5 ORISTANO  
 (per delegazione)  
S' MARTINO  
 U.O.C. Ortopedia e Traumatologia  
 Dott. Mauro Spiga

Nome in stampatello leggibile (resp. U.O./SERVIZIO)

DOTT. SPIGA



ELETTRONICA BIO MEDICALE srl  
Via F. Bellini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)  
Tel. 0742/32661 Fax 0742/326632  
www.ebm.it - info@ebm.it

Company of **ESSE** PROFESSIONALE

Cliente: **ASL 5 ORISTANO**

54100 /AP  
DATA  
23/05/2012

Tecnico **C. ROSSI** Data e ora Inizio Lavori **23-05-12** Data e ora Fine Lavori **/** Ore Viaggio **1**  
 Cliente **ASL 5 ORISTANO** Presidio **OSP. S. MARTINO OR**  
 ULI,OO **ORTOPEDIA** Stanza \_\_\_\_\_ Impegnativa (numero e data)  
**VS ( 1 ) - CF ( 1 ) - MP ( 1 )**

DESCRIZIONE PRESTAZIONI					VS	CF	MP
					VERIFICA DI SICUREZZA		
					CONTROLLO FUNZIONALE		
					MANUTENZIONE PREVENTIVA		
N° invent.	Classe / Tipo	Produtt. / Costruttore	Modello	Matricola	VS	CF	MP
note	<b>LISTA DEGLI ACCESSORI IN DOTAZIONE</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>ASTA PORTA FLEBO</b>	<b>A7334</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>SUPPORTO BRACCIO LATERALE</b>	<b>A3293</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>SUPPORTO GAMBA</b>	<b>A1063</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>SUPPORTO ROTOLLO CARIA</b>	<b>A3294</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>KIT FISSAGGIO ASTA</b>	<b>A7320</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>ASTA PORTA FLEBO</b>	<b>A7334</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>COSCINO PORTAFLEBI</b>	<b>A1064</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	<b>N° 1</b>	<b>SUPPORTO GAMBA ORTOP.</b>	<b>A1066</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATERIALI IMPIEGATI					Q.tà
N° Inventario	Provenienza	A carico	Cod. Mater.	Descrizione	

Si certifica che l'intervento è stato eseguito a regola d'arte ed è stato garantito il mantenimento del livello di sicurezza iniziale

Firma del tecnico **C. ROSSI**

Timbro e firma dell'utente  
 Azienda **ASL 5 ORISTANO**  
 Osp. **S. MARTINO**  
 U.O. **Chirurgia e Traumatologia**

Nome in stampatello leggibile del firmatario \_\_\_\_\_

Altre sedi:  
 Friuli Venezia Giulia: 34149 Trieste AREA Science Park, Padriciano, 99 - Tel. 040 92291  
 Veneto: 36100 Vicenza Via Zamenhof, 200 Tel. 0444 914700  
 Lombardia: 20063 Cernusco S/N (MI) Via Torino, 30 Tel. 02 92628211  
 Toscana: 50136 Firenze Via Aretina, 167M Tel. 055 5351809  
 52100 Arezzo Via Donat Cattin, 83 Tel. 0575 354940  
 Campania: 81020 Capodrise (CE) Via Petrarca, 3 Tel. 0823 834979  
 Sicilia: 95025 Aci S. Antonio (CT) Via Pulica, 19 Tel. 095 800130

Tipografia Merisano - Asara



Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <u>SILVIA MULLERI</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>SANIFARM</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: <b>A.S.L. N° 5 ORISTANO</b>		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. AKRON A2274/8/2FS numero di serie P096315 numero di installazione 00003626

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON PREVISTE MANUTENZIONI PARTICOLARI.
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	IN SEDE DI COLLAUDO IL 23-05-12
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	IN SEDE DI COLLAUDO IL 23-05-12
Verifica di sicurezza elettrica	/
Verifica di sicurezza elettrica	/

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore  
(firma)

Silvia Mulleri

Azienda ASL N° 5 ORISTANO  
l'Amministrazione Contraente  
Ufficio Torace e Pneumologia  
Dot. Mauro Spiga

[Signature]



Esercizio : 2012  
Stampato il 13/08/2012

### VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2012 - 74 del: 23/05/2012  
Descrizione: carico cespiti da ricevimento  
Delibera: 901 del: 07/10/2010

#### Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: D0801 - ORTOP. E TRAUMATOL. P.O. SAN MARTINO  
Localizzazione: UASL5OR001 - OSP-SAN MARTINO ORISTANO

Ordine: BI/2011/17

Movimento: M23/2011/4303

Fattura: N. 27 Data 14/01/2011

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/45861	90054 - LETTINO VISITA	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	SANIFARM SRL	3-C/CAPITALE	4 740,00
Matricola: P096315	Etichetta: 45861				
Cespiti: 1				Totale CdC:	4 740,00

Allegato n° 3 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 2 fogli