



ASL Oristano

AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di intervento per manutenzione correttiva su dispositivi elettromedicali  
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie  
Parte 4: Manutenzione Correttiva  
PG 4.01 e PO 4.01

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: **0783-779102**

Presidio OSPED.	Struttura Organizzativa RIANIMAZIONE	Edificio - Piano - Stanza 1° Piano	
N° Inventario 103	Matricola	Descrizione apparecchiatura BRONCO SCOPPIO	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice PEUFAX	Proprietà (Azienda/Service/Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax Dott. CADEDDU	Garanzia	Urgente <input checked="" type="checkbox"/>	Fermo Macchina <input type="checkbox"/>
Descrizione del Malfunzionamento: CUFFIA FORATA DEL BRONCO SCOPPIO			

Referente di Struttura  
Organizzativa:

Sig. Dott. Cadeddu Tel. 0783 317 264

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

N° Pratica		
------------	--	--

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0053298

Oristano lì, 13/08/2012

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

Fax 02 50995860

Tel 02 5099581

**Spett.le Ditta Pentax Italia**  
**Via Cassio, 15**  
**20138 Milano**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Broncoscopio EB 1570k		Cuffia forata

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 riceve 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-



Rag. Salvatore Seoni  
 0783 317356

**ASL 5 Oristano**

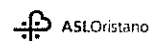
Servizio  
 Ingegneria Clinica

Via 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 1



PENTAX Italia s.r.l.  
Via Dione Cassio, 15 R.E.A. 1440458  
20138 MILANO Capitale € 6.500.000 i.v.  
Tel. +39 02.50.99.58.1 P.IVA IT 11159150157

LIFE CARE SERVICE  
Fax +39 02.50.99.58.79  
E-mail: service.lifecare@pentaxitalia.it  
www.pentaxitalia.it



PENTAX

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della PENTAX Europe GmbH

OFFERTA N. 025492 del 4/09/2012 Spettabile 451060  
AZIENDA U.S.L. N. 5

CIG: CUP: VIA CARDUCCI, 35  
09170 ORISTANO OR  
Vs. rif.to 27.08.2012 Del 27/08/2012

Pag. 1

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	SC. 1	SC. 2	IMPORTO
	EB-1570K G120365 Q.tà001 VIDEONONCOSCOPIO SOTTILE *****					
V0001	ESEGUITA SANIFICAZIONE					
V001	RICERCA GUASTO					
V03	ENDOSCOPIO >> NON << A TENUTA					
V05	GUAINA DISTALE DA SOSTITUIRE					
V52	GUAINA DISTALE NON A TENUTA					
V90	INTERVENTI DA ESEGUIRE :					
V30	PULITURA TESTINA DISTALE					
V56	PULITURA OBIETTIVO DISTALE					
V336	CONTROLLO FINALE					
V91	SOSTITUZIONE DI :					
OF-B190.	CAPPUCCIO CANALE OPERATIVO	1,00	8,920000			8,92
C051-SA010	GUAINA FB-15X/P FNL-15RP2 FCY	1,00	83,800000			83,80
CONS	MATERIALE CONSUMO ENDO-FLEX	1,00	15,000000			15,00
ORE	ORE MANODOPERA SPECIALIZZATA	3,00	90,000000			270,00
OREVIAG	ADDEBITO PER ORE VIAGGIO TRASF	2,00	65,000000			130,00
SANI	ADDEBITO PER SANIFICAZIONE	1,00	50,000000			50,00
TRASF	COSTO AL KM TRASFERIMENTO A/R	200,00	0,750000			150,00
Totale preventivo:						707,72
CONDIZIONI DI FORNITURA						
Porto.....: Franco						
Imballo.....: Gratis						
Pagamento.....: Rimessa diretta 90gg DF						
IVA.....: a Vostro carico						
Validità dell'offerta: 60 giorni						
Consegna.....: entro 30 giorni lavorativi						
Garanzia.....: 6 mesi per componenti sostituiti						
Vi informiamo che i prezzi esposti non sono oggetto di trattativa perchè stimati al miglior costo al cliente con formula uguale per tutta Italia.						
						* Segue *

I PREZZI ESPOSTI NON SONO COMPRESIVI DI IVA

PENTAX Italia s.r.l.  
Via Dione Cassio, 15 R.E.A. 1440458  
20138 MILANO Capitale € 6.500.000 i.v.  
Tel. +39 02.50.99.58.1 P.IVA IT 11159150157

LIFE CARE SERVICE  
Fax +39 02.50.99.58.79  
E-mail: service.lifecare@pentaxitalia.it  
www.pentaxitalia.it



PENTAX

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della PENTAX Europe GmbH

OFFERTA N. 025492 del 4/09/2012 Spettabile 451060

AZIENDA U.S.L. N. 5

CIG: CUP:

VIA CARDUCCI, 35  
09170 ORISTANO OR

Vs. rif.to 27.08.2012 Del 27/08/2012

Pag. 2

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	SC. 1	SC. 2	IMPORTO
	Confermare il preventivo al N° di fax 02/50995879					
	OVE APPLICABILE E SE DISPONIBILE VI PREGHIAMO DI SEGNALARCI IL CODICE - CIG/CUP.					
	TIMBRO E FIRMA DEL CLIENTE					

I PREZZI ESPOSTI NON SONO COMPRESIVI DI IVA

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5  
ORISTANO**

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

<b>Unità Operativa richiedente</b>	<b>Centro di Costo</b>	<b>Apparecchiatura</b>	<b>Ditta contattata</b>	<b>Data preventivo</b>	<b>Preventivo IVA esclusa</b>	<b>IVA 21%</b>	<b>Preventivo IVA inclusa</b>
U.O. Rianimazione Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano	N0602	Broncoscopio Pentax EB 1570K	Ditta Pentax Italia di Milano	04.09.2012	707,72	148,62	<b>856,34</b>

8,92
83,80
15,00
270,00
130,00
50,00
150,00
<b>707,72</b>