



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: 19/10/2012 Ora: _____

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 *	
POLIAMBULATORIO N. 5 VIA	M. PIRA, 40	SECONDO PIANO PRIMO PIANO	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
0000 1919	TYP1 TABW13x20 400 6222	RIUNITO INAMI SCHUBLO AG serie 001410 TAVOLO SELEZIONE	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
	CONTATTARE LA DITTA ABTEO	(Azienda/Service/Altri) SI	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *	/	SI	/
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NO			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * NO			
Descrizione del Malfunzionamento: * QUASTO FLUTTUANTE NEL RIUNITO (Ceccepeda a FESSURA/OFTALMOMETRO)			

Referente di Struttura Organizzativa: DIRIGENTE MEDICO
ALONIA Sig. RIZA H. Tel. 0783 317510

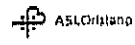
Il Richiedente
A. S. L. N. 5 ORISTANO
Poliambulatorio di Oristano

Parte riservata al Ricevente CONTATTARE LA DITTA ABTEO

VERIFICATO SUASIO
IN DATA 25/10/12

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

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



Tel 0783317331-7356-7330
 Fax 0783779102
 E-mail: Ingegneriaclinica@asl.oristano.it

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ORISTANO

AMBULATORIO DI _____

Assistito _____ Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc.

Familiare _____ di _____
Relazione di parentela _____ Generazione dell'iscritto Capo Famiglia _____

Residente _____
Comune _____ Via o Frazione _____ Numero _____

Esame richiesto _____

dal dott. _____

REFERTO

19/10/2012

AP responsabile del
Poliambulatorio di
Oristano

È composto un "punto flottante" nel
Punto Oculistico 3 (tempo e tempo/oboluo
però) : " OCCASIONALE IMMACATA ACCENSIONE

DELLA LAMPADA A POSIURA DOPO LO SCORRIMENTO

DEL TAVOLINO - NORMALE FUNZIONAMENTO DEL "OPAC

CONTRATTO"

si suppone NECESSITA' DI LUBRIFICAZIONE

Il Medico Specialista

Timbro della Specialista e Firma Leggibile

ASL 5 Oristano

Via Carducci, 35 - 09170 Oristano
Tel. 0783.3171 - Fax 0783.317837

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI ORISTANO

Poliambulatorio di Oristano Tel. 0783.317508
Poliambulatorio di Samugheo Tel. 0783.649053

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0068869

Oristano lì, 26/10//2012


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

Fax 070 524022

Tel 070 500011

Spett.le Ditta A.B. MED s.a.s.**Via Legnano, 72****Pirri - Cagliari**

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

Apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Riunito Inami. "TAVOLO GENELLARE" 	TYP 1 TAO413X20 400622Z	Guasto fluttuante nel riunito (Lampada a fessura- oftalmometro).

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 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, 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.

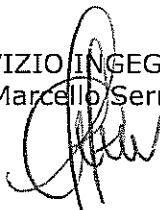
Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

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.

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

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
- Ing. Marcello Serra-





Via S. Maria Chiara, 159 - 09134 Pirri - Cagliari
TEL/FAX 070524022-070500011

Cliente: ASL5 ORISTANO Inviato a: 0783779102 - ingegnerfacilnica @ asloristano.it Via: rockfeller Presidio: C.A.:	Ns. riferimento: Prev. N. 65/2012 Data 9/11/2012 Annotazioni:
Vs. Rif. PROT 0069672 DEL 30/10/2012	Tel. Ufficio Assistenza Tecnica: 070500011-3481558224 3481558225
Preventivo di riparazione per: TAVOLO GEMELLARE	Difetti dichiarati: DIFETTOSO CONTATTO DOPO LA TRASLAZIONE VERSO L'OFTALMOMETRO
Descrizione intervento: SMONTAGGIO TAVOLO, VERIFICA CONTATTI ELETTRICI, PULIZIA, SOSTITUZIONE BLOCCO COMPLETO DEL MECCANISMO DI ATTACCO/SBLOCCO APPARECCHIATURE, VERIFICA FUNZIONAMENTO, RIMONTAGGIO, COLLAUDO.	Segue:

DETTAGLI SULLA LAVORAZIONE IN LABORATORIO E SULLA RESTITUZIONE DELL'APPARECCHIO

ORE DI LAVORO 1 COSTO SINGOLA ORA DI LAVORO € 83,00 TOTALE ORE LAVORO € 83,00 SCONTO SU ORE LAV. 0% TOTALE A VOI RISERVATO € 83,00

COSTO TOTALE LAVORO	€ 83,00
COSTO TOTALE TRASFERTA	€ 176,70
PARTI DI RICAMBIO	€ 280,00
TARATURA E CALIBRAZIONE	€ 0,00

ORE DI VIAGGIO (A+R) 2 COSTO SINGOLA ORA DI VIAGGIO € 62,00 TOTALE ORE DI VIAGGIO € 124,00 SCONTO SU ORE VIAGGIO 0% TOTALE A VOI RISERVATO € 124,00
--

*** Note sulle parti di ricambio :**

Il costo delle parti di ricambio indicate è calcolato in conto del ritiro dalle stesse rotte e/o danneggiate.

KM PERCORSI (A+R) 170 COSTO SINGOLO KM DI VIAGGIO € 0,31 TOTALE KM VIAGGIO (A+R) € 52,70

**** Note sulla spedizione tramite corriere degli strumenti riparati:**

La spedizione sarà esclusivamente a Vs carico. All'atto della consegna dello strumento al corriere, la ns ditta non risponde di eventuali danni (strature, asta piegata, rotture, ect...) causati dal trasporto e/o da un non corretto utilizzo prima della sua installazione.

COSTO PARTI DI RICAMBIO € 280,00 SCONTO APPLICATO SUI RICAMBI 0% TOTALE RICAMBI A VOI RISERVATO € 280,00

***** Note sulla riparazione :**

Si riserva in corso d'opera di apportare delle variazioni al presente preventivo nel caso in cui si dovessero presentare ulteriori difetti.

TARATURA E CALIBRAZIONE (ORE) 0 COSTO SINGOLA ORA DI LAVORO € 150,00 TOTALE ORE LAVORO € 0,00 SCONTO SU TARATURA E CALIBRAZ. 0% TOTALE A VOI RISERVATO € 0,00
--

Condizioni di riparazione:

RESA DELLA MERCE: A NS CARICO
 CONSEGNA: 25 gg VS ACCETTAZIONE
 PAGAMENTO: R.D. 60 GG
 VALIDITA' DEL PREVENTIVO: 30 GG

Inserire i dati dell'azienda a cui intestare la fattura nel riquadro sottostante:

--

TOTALE LAVORI (IVA ESCLUSA) € 539,70
IVA 21% € 113,34
TOTALE LAVORI (IVA COMPRESA) € 653,04

In attesa di Vs benestare, porgiamo distinti saluti.
 Sistema Sanitario Regione Sardegna
 Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
 Servizio Ingegneria Clinica
 Ass. Tec. Walter Piga

Data e Firma Per Accettazione _____

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Direttore del 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
Poliambulatorio di Oristano	Q0206	Tavolo gemellare TYP 1	A.B. Med di Cagliari	09.11.2012	539,70	113,34	653,04

83,00
176,70
280,00
539,70