

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 nº: Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 Edificio - Piano - Stanza Struttura Organizzativa Presidio SHARTIN RADIOLOGIA | Matricola | Descrizione apparecchiatura ARCO ISOC. S616 ZIEHLVISION SALA OP Proprietà (Azienda/Service/Altri) Ditta Manutentrice Codifica CIVAB MEDICAL SERVICE Urgente Fermo Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax Garanzia . Macchina RADIOLOGIA Descrizione del Malfunzionamento: L'APPARECCHIO NON EROGA RAGGI Referente di Struttura Organizzativa: II Richiedente Parte riservata al Ricevente CONTATTANE LA DITTA MEDICAL Nº Pratica - CHIENENE L'INTERVENTO TECNICO IN GARANZIA IN ONANIS ABBIATIO EXESUITO DA TOCO UN INTERVENIS TGCNICO-

Area Tecnica



Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0075722

Oristano lì,21/11/2012

OGGETTO: Richiesta urgente intervento tecnico in garanzia.

Fax 070 261404 Tel 070 261372

Spett.le Ditta MEDICAL SERVICE S.P. SESTU- ELMAS KM 2400 09100 CAGLIARI

Si richiede urgentemente la riparazione dell'apparecchiatura in garanzia di seguito indicata, in

dotazione al Unità Operativa di Radiologia del P.O. S. Martino di Oristano.

Tipo apparecchiatura	Nº matricola	Difetto riscontrato
Ziehm vision arco isoc.	9616	L'apparecchio non eroga raggi.
Sala operatoria.		

Codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 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.

La Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al nº 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it e salvatore.seoni@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 dell'Unità Operativa della regolarità dell'intervento.

Si precisa che una copia cartacea del suddetto rapporto di lavoro e verifica dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura.

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.

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

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Ing. Marcello Serra-

ASL 5 Oristano

Servizio Ingegneria Clinica

Via Rockfeller snc 09170 Oristano Fax 0783779102 www.asloristano.it E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1

MEDICAL SERVICE SRL

Assistenza Tecnica Apparecchiature Scientifiche ed Elettromedicali
Strada Provinciale Sestu-Elmas, km 2,400 - 09028 SESTU (CA)
Tel. 070 261372 / 070 261384 / 070 260986 - Fax 070 261404
R.E.A. C.C.I.A.A. CA 128869 Reg. Impr./Cod. Fisc./Part. IVA: 01505360923
Cap. Soc. € 10.400,00 - e-mail: segret.tecnica@elettromedical.it - www.elettromedical.it



ISO 9001: 2008

N. 000289

VERBALE DI LAVORO

	DEL) APPAREC		MA	ATRICOLA	DAŢA	
5605		Slitatacity U 万軒直三		RANIESEN IA	坤蓟 . 9	16(6	23/01/2	13
CLIENTE					PARTI	TA IVA	1 .	INTERNO
ASC Nº	5						47	-/13
VIA		N.		CITTÀ	REPAR	aro		1111111
			OR:	1stamo		DOCOG		
PRESSO					INCOV	ENIENTE LAMENTA	10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 1	6)' L
OSP. S. RARTIONS					Non girnonano.			
		DESCRIZ	IONE LA	VORO ESEGUITO		•		
Sepunt Rudwoscop Drfettoso.	<u>o</u> C	Jest	<u>5</u>	sur 206	tati	C per		
Ryamp Scol	U.A.	<u> </u>	<u> </u>	(Struct	507A	reuria.	2 com	50M
1. CEOND 16			·····					
SI RIDA	SU RIDROLLARA TOWCH SCREEN ARCO DIEMOSO. Vedu chiadrata 771/12 con AREUSWHIJO GOA (EABSED							
						. *		
SI CONSEGNA L'APPARE	CCHIATURA	FUNZIONANTE	K.	SI RITIRA L'APPAR	ECCHIATI	IRA PER RIPARA	AZIONE	
				PRESTAZIONI				
CODICE	nec	CRIZIONE	Q.TÀ	CODICE		DESCRIZIO		Q.TÀ
OODIOL ,	DEC	CHIZIONE	Q.1A	OODIOL		DEGOTILETO		GI.IA
				-				
			_					
L		~~~~~~~~~~~~~~~~	-				****	

			-					
			-					
INTERVENTO:	NOMĘ	TECNICO (stampatello)	-		OREIAVO	DRO/ATTESA		
	NOME	TECNICO (stampatello)				DRO/ATTESA 2		
CONTRATTO		TECNICO (stampatello)	-	2010	ORE VIAG	GIO Z		
☐ CONTRATTO ☐ GARANZIA	NOME FIRMA	TECNICO (stampatello)		2010 -				
CONTRATTO	FIRMA	SUL	-	edolo	ORE VIAG	GIO Z		
☐ CONTRATTO ☐ GARANZIA	FIRMA	TECNICO (stampatello) SWW CLIENTE (stampatello)		edolo-	ORE VIAG KM DIRITTO NOTE:	GIO 2		
☐ CONTRATTO ☐ GARANZIA ☐ COMPLETO	FIRMA	SUL		edolo.	ORE VIAG KM DIRITTO NOTE:	GIO Z	Regione Sard	
☐ CONTRATTO ☐ GARANZIA ☑ COMPLETO ☐ INCOMPLETO ☐ PREVENTIVO	FIRMA	SUL		edolo Ledole	ORE VIAG KM DIRITTO NOTE:	ema Sanitario F	Regione Sardi cale n5-Oris	
☐ CONTRATTO ☐ GARANZIA ☐ COMPLETO ☐ INCOMPLETO	FIRMA NOME	SUL		edolo.	ORE VIAG KM DIRITTO NOTE:	GIO Z	Regione Sardi cale n5-Oris	



WEDICAL SERVICE SRI

Assistenza Tecnica Apparecchiature Scientifiche ed Elettromedicali Strada Prov. SESTU - ELMAS, Km 2,400 09028 SESTU - CAGLIARI P.IVA 01505360923 TEL. 070261372 FAX 070261404 e-mail segret.tecnica@elettromedical.it



Sestu, 17 aprile 2013

N. preventivo: 771/12

Fax: 0783,779102

AZIENDA USL N.5 VIA CARDUCCI 35 09170 ORISTANO OSPEDALE S. MARTINO RADIOLOGIA

Sistema Sanitario Regione Sardegna Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano Servizio, Ingegneria Clinica Ass. Vec/Valter_Piga



Ringraziandovi per averci cortesemente interpellati siamo lieti di sottoporre alla vostra cortese attenzione la ns. migliore offerta per il servizio in oggetto.

OGGETTO:

VS. RICHIESTA 0075722 DEL 21/11/2012 PER RIPARAZIONE PORTATILE PER RADIOSCOPIA ZIEHM MODELLO VISION MATR, 9616

DESCRIZIONE LAVORI

A SEGUITO SOPRALLUOGO EFFETTUATO, SI RISCONTRA TOUCH SCREEN DIFETTOSO SU ARCO A C, E' NECESSARIA LA SOSTITUZIONE (IN EXCHANGE).

NB: IL DIFETTO RISCONTRATO NON E' DA CONSIDERARSI IN GARANZIA IN QUANTO NON HA ATTINENZA CON IL PRECEDENTE INTERVENTO TECNICO ESEGUITO CON VERBALE DI LAVORO 184 DEL 06/11/2012.

IL PRESENTE PREVENTIVO ANNULLA E SOSTITUISCE IL PRECEDENTE 771/12 DEL 26.11.2012

MATERIALI

Q.TA'	DESCRIZIONE	CODICE	PREZZO UNIT.	SCONTO	IMPORTO
1	TOUCH SCREEN (EXCHANGE)		€.4412,00	5%	€.4191,40

€.4.191.40 Totale materiali

MANC	DOPERA			-	
Q.TA'	DESCRIZIONE	CODICE	PREZZO UNIT.	SCONTO	IMPORTO
1	ORE LAVORO EFFETTUATE	010A	€.0,00		€.0,00
2	ORE VIAGGIO EFFETTUATE	020A	€.0,00		€.0,00
190	KM EFFETTUATI	030	€.0,00		€.0,00
1	ORE LAVORO DA EFFETTUARE	011A	€.0,00		€.0,00

Totale manodopera €.0,00

Tot. Imponibile Iva applicata Totale fatt. IVA INCLUSA 4.191.40880,19 €.5.071,59

JUALORA DURANTE LA RIPARAZIONE SI RENDESSERO NECESSARIE ULTERIORI SPESE, SARA' NOSTRA CURA DETTAGLIARVI LE STESSE RIMA DI PROCEDERE.IN MANCANZA DI UN VOSTRO RISCONTRO POSITIVO ALLA SCADENZA DEI 30 GIORNI DALLA PRESENTE, I VERRANNO ADDEBITATE LE SPESE DI VERIFICA GUASTO. TRASCORSO TALE TERMINE ED ENTRO UN PERIODO DI 180 GG. 'APPARECCHIO POTRA' ESSERE VENDUTO E SUL RICAVATO DI TALE VENDITA IL CENTRO ASSISTENZA POTRA' SODDISFARE PROPRI CREDITI(EX ART. 2756 C.C.)LA RIPARAZIONE VIENE GARANTITA 6 MESI NEL CASO IN CUI SI DOVESSE MANIFESTARE

MEDESIMO GUASTO.

ONDIZIONI DI ESECUZIONE: 60 GG DATA VS AUTORIZZAZIONE SCRITTA. CONDIZIONI DI PAGAMENTO:

S.P. SESTLI SENZIASIKIT. 2, 400

S.P. SESTLI SENZIASIKIT. 2, 400

N. ATTESA DI UNA VOSTRA AUTORIZZAZIONE, VOGLIATE GRADIRE I NOSTRI MIGLIORI SALUTI.

ONDIZIONI DI PAGAMENTO:

10.070.261372.34110 R.A. F22.178.261404

PARTITA IVA 01503361323