

INVIATO VIA E-MAIL - GIOVANNI

- FOTOCOPIA

NUM. 27479

JP



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: 08.09.2013 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 *		
P.O. P. 8A	RADIOLA CIA			
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
0000 2339	275771	Sviluppatrice Kobak MINILOADER .2000 P		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *		
	CARESTREAM	(Azienda/Service/Altri)		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
Telefono/Fax *				
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO		
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		NO		
Descrizione del Malfunzionamento:*				
Blocco macchina sviluppatrice				

275771

Referente di Struttura Organizzativa: \* Dott. Marco Suddano Tel. 0785.225312

Richiede \* Chitania Mores

**Parte riservata al Ricevente**

CONTATTARE LA DITTA CARESTREAM  
APP. IN CONTRATTO  
TEL. 010 2450000  
FAX 010 2450001

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

ASL 5 Oristano  
Ingegneria Clinica

Tel 0783317331-7356-7330  
Fax 0783779102  
E-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)

Pag. 1 di 1

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. n. 27479

ORISTANO 15 Aprile 2013

**OGGETTO:** Richiesta **urgente** di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 010 2450001  
Tel 010 2450000**Spett.le Ditta Carestrea Health Italia**  
**Palazzina San Lorenzo**  
**Via al Porto Antico,6**  
**16128 Genova**Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. di Radiologia, del P.O. Mastino di Bosa.

Apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
SVILUPPATRICE KODAK MOD. MINILOADER 2000P	2757771	LE LASTRE SI BLOCCANO NEI RULLI INTERNI - MACCHINA IN BLOCCO -

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.

**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)

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. Vajtar Piga

# Carestream

Carestream Health Italia S.r.l.  
Palazzina S. Lorenzo  
Via di Porto Antico, 6 - 16128 Genova

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n. 5 - ORISTANO  
Dipartimento di Area Tecnica  
Servizio Ingegneria Clinica

Prot. n. 20-05-2013  
Pr. n. 35971 SIC \_\_\_\_\_

SPETT. AZIENDA USL 5 ORISTANO

VIA CARDUCCI 35  
ORISTANO

Genova, 16/04/2013

**PREVENTIVO n°: 289/CSH/2013/MV**  
(da citare nella risposta)

ingegneriaclinica@asl5oristano.it  
FAX: 0783/779102

Con l'invio del presente modulo a Carestream Health Italia S.r.l. si intendono accettate anche le

"Condizioni Generali di Assistenza Tecnica su chiamata e Fornitura Ricambi".

Le ordinazioni si intendono conferite "salvo approvazioni della Società" pur essendo vincolanti per il cliente sin dal momento del loro conferimento.

**I prezzi sono:** per merce resa franco Vostra Sede      **Pagamento :** Vs solito  
**Consegna:** 10 giorni ricevimento Vostro ordine      **Garanzia :** 3 mesi sulle parti di ricambio  
**Validità Offerta:** 30 giorni dall'emissione  
**Riferimento Vs.:** fax del 15/04/2013, prot. 27479  
**Riferimento CIG** \_\_\_\_\_ **Visita Ns. Tecnico** \_\_\_\_\_  
**In data:** \_\_\_\_\_ **Riparazione app.** **MIN R MAMMO INTEGRATED PROCESSOR**  
**Codice Apparecchiatura** **2757789**      **s/n** **311221**  
**presso Vostra Sede di** **OR/HBOSA/RX**      **con eventuale sostituzione per ricambio di seguito indicate**

Q.tà	Codice	Descrizione	Prezzo Euro (IVA esclusa)	
			Unitario	Complessivo
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
				€ 0,00
		Totale Parti		€ 0,00
<b>1</b>		Dritto di chiamata	<b>€ 474,00</b>	<b>€ 474,00</b>
<b>3</b>		Ore Manodopera	<b>€ 201,00</b>	<b>€ 603,00</b>
		<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>		<b>€ 1.077,00</b>

### Note:

Al sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il cliente dichiara di aver attentamente letto e di approvare espressamente le seguenti disposizioni all' interno delle "Condizioni Generali di Assistenza Tecnica su chiamata e fornitura ricambi": 1. (Descrizione del servizio); 4. (Obblighi del cliente); 5 (Pagamento); 6 (Non compensazione); 7 (Prezzi); 8 (Forza maggiore); 10 (Cessione); 11 (Garanzia); 12. (Limitazione di responsabilità); 13. (Legge regolatrice e foro competente); 15. (Disposizioni generali).

Firma del cliente \_\_\_\_\_

**PREVENTIVO DI MASSIMA, FATTURAZIONE PREVIO CONSUNTIVO, IN CASO DI IMPORTO SUPERIORE ALL' OFFERTA.**

Inviare il presente modulo firmato a:

**Carestream HEALTH Italia S.r.l.**

**Palazzina S. Lorenzo, Via al Porto Antico, 6 - 16128 Genova**

**Fax n°: 010-2450 001**

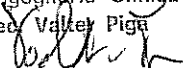
Carestream  


### Consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati

Avendo ricevuto l'informativa relativa alla protezione dei dati personali riportata in calce alle condizioni generali di assistenza tecnica su chiamata, acconsento al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali da me forniti per le finalità di cui all'informativa

Firma del cliente \_\_\_\_\_

Carestream Health Italia S.r.l. è l'unico - Sede Legale: Genova, Via di Porto Antico, 6 - Tel. +39 010 2450001 - Web: [www.carestream.com](http://www.carestream.com)  
C.A. n. 1277 - Capitale Sociale € 1.000.000,00 - I.C. n. 1277 - P.I. n. 01520010100  
Dati e informazioni: [info@carestream.com](mailto:info@carestream.com) - [www.carestream.com](http://www.carestream.com) - [www.ingegneriaclinica.com](http://www.ingegneriaclinica.com) - [www.asl5oristano.it](http://www.asl5oristano.it)

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


**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>
Unità Operativa Radiologia del Presidio Ospedaliero "A.G. Mastino" di Bosa	H0305	Sviluppatrice Kodak mod. Miniloader 2000P	Ditta Carestream Health Italia di Genova	16.04.2013	1.077,00	226,17	<b>1.303,17</b>

474,00
603,00
<b>1077,00</b>