

Urgente



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: 04/06/13 Ora: _____

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

Presidio Ospedale	Struttura Organizzativa Rianimazione	Edificio - Piano - Stanza 1° Piano	
N° Inventario 0000 1036	Matricola SN HC 600144	Descrizione apparecchiatura Pulsiossimetro Modello Oxipuls	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice Sim Italia Bologna	Proprietà (Azienda/Service/Altri) X	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax Dr. Puddu	Garanzia NO	Urgente SI	Fermo Macchina
Descrizione del Malfunzionamento: Sostituzione Sensore + Batteria interna			

Referente di Struttura Organizzativa:

Sig. Dr. Puddu

Tel. 0783 779102

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

N° Pratica	Sig. Puddu 335 13 21303
------------	-------------------------

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0039974

Oristano lì, 04/06/2013

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

Fax 051 817845

Spett.le Ditta Sim Italia
Via Gramsci, 9
San Pietro in Casale
Bologna

Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. di Rianimazione presso il P.O. Di Oristano.

Apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Pulsiossimetro modello Oxiplus.	SNHC600144	Sostituzione sensore +batteria interna.

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 : 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 60 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale.

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-



SURGICAL INTERNATIONAL MARKETING

DIREZIONE GENERALE, AMMINISTRAZIONE E MAGAZZINO
Via Gramsci, 9 - 40018 San Pietro in Casale - BOLOGNA - ITALIA
TEL. ++39 - 051 - 810572 - ++39 - 051 - 817902 - ++39 - 051 - 817850
FAX ++39 - 051 - 817845

E-Mail: info@simitalia.it - Sito Internet: www.simitalia.it

Sede legale: Via Nazario Sauro, 29 - 40121 Bologna - ITALIA

Registro Imprese di Bologna / COD.FISC./ PART.IVA 01228210371 - C.C.I.A.A. 242165

Capitale Sociale Euro 10.320,00 I.v.

Certificata UNI EN ISO 13485:2004 UNI EN ISO 9001:2008

No. Iscrizione RAEE IT08020000002631

SPETT.LE
AZIENDA U.S.L. N. 5
VIA CARDUCCI 35
09170 ORISTANO (OR)

PREVENTIVO

C. CLIENTE	PARTITA IVA	TELEFONO	FAX	AGENTE	NUMERO	DATA	PAGINA
OR5	00681110953	0783/317781	0783/73315	PIRAS GIANCARLO	23	06/06/2013	1

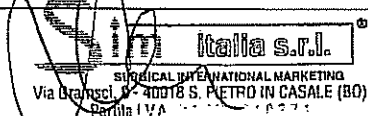
CONDIZIONI DI PAGAMENTO	BANCA D'APPOGGIO
0050 - MANDATO 90 GG.D.F.-ART.50 L.833	- -

TRASPORTO A CURA DEL	PORTO	VETTORE
VETTORE	FRANCO	

Codice	Descrizione	U. M.	Quantità	Prezzo Unitario	Sconti	Prezzo Totale
RSJ001DA	* preventivo di riparazione per PULSOSSIMETRO OXYPLUS MATR. HC600144 OPERAZIONI DA ESEGUIRE SOSTITUIRE SENSORE E BATTERIE INTERNA	PZ	1,00	100,00000		100,00
AL2130.	SENSORE PLURIUSO ADULTI	pz	4,00	5,00000		20,00
/	BATTERIA NI-MH 1,2 VOLT 3000 SERIE AA (3PZ) X MD300 MANODOPERA	N.	1,00	83,00000		83,00
	* VEDI VS. PROTOCOLLO 0039974 DEL 09.06.13.					

SPESE TRASPORTO	SC. % MERCE	IMPORTO SCONTO	TOTALE NETTO	TOTALE (Iva inclusa)
10,00			213,00	EUR 257,73

ANNOTAZIONI



SIM ITALIA S R L

TIMBRO 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
U.O. Rianimazione Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano	N0602	Pulsossimetro Oxyplus	Ditta Sim Italia di San Pietro in Casale (BO)	06.06.2013	213,00	44,73	257,73

	100,00
	20,00
	83,00
spese trasp.	10,00
	213,00