

SASSARI - S.S. Sassari-Fertilia Km. 2,2 - Tel. 079 41.29.099 - Fax 079 41.29.029
CAGLIARI - Via Dolcetta, 14 - Tel. 070 33.23.797 - Fax 070 33.23.829
C. Fisc. / P.IVA 00227710902 - C.C.I.A.A. N. 66846 - Cap.Soc. 119.000 € I.V.
E-mail - elprof@elprof.it Home Page - http://www.elprof.it

Sassari li 05/06/2013

Spett.^{le}

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO**

Vs. Rif rich. prot. 12778 del 19/2/13

Ns. Rif INT13-00319

Resp. Cliente: Roberto Sechi

Servizio Clienti: Maria Antonietta Ceravolo

Oggetto: FRIGOEMOTECA ANGELANTONI MINI BBR 850 B N. 45859

Con riferimento alla frigoemoteca in oggetto e facendo seguito alla Vostra richiesta di preventivo ci è gradito rimetterVi di seguito la nostra migliore offerta per la riparazione di seguito descritta.

Descrizione Lavori:

Controlli in ingresso, controlli funzionali. Ripristino blocco porta e prove di buon funzionamento.

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Totale
Ore di Lavoro D	1	55,00	55,00
Ore di Viaggio D	3	55,00	165,00
Chilometri	200	0,75	150,00

Tot. IVA Esclusa 370 Euro

Si prega di indicare in ordine quale procedura seguire qualora nel corso dell'intervento intervenissero variazioni nel numero di ore e/o di ricambi preventivati

- 1) Sospendere la riparazione ed emettere nuovo preventivo
- 2) Completare la riparazione e fatturare a consuntivo
- 3) Altro da specificare

In mancanza di Vs. esplicita indicazione verrà adottata la procedura di cui al precedente punto 1

Validità Offerta: 30 gg c

Termini di Pagamento: 60 Giorni Fine Mese

In attesa di ricevere Vs. gradita conferma, cogliamo l'occasione per porgere i Ns. più *Cordiali Saluti*

Elettronica Professionale Srl

Per Accettazione Cliente





ELETTRONICA PROFESSIONALE

ELETTRONICA PROFESSIONALE SRL
 Sede legale e amministrativa:
 Str. St. Sassari-Fertina Km. 2,2 - 07100 SASSARI
 Tel. 079.4129099 - Fax 079.4129029
 CCIAA SS 88846 - C.F. P. IVA 00227710902
 Unità Locale: Via Doroletta, 14 - 09122 CAGLIARI
 Tel. 070.3323797 - Fax 070.3323829
 Unità Locale: Via A. Gherardesca, 4B - 56121 PISA



RAPPORTO DI ASSISTENZA TECNICA / D.D.T.

NUMERO: _____

Cliente: AZIENDA SANITARIA LOCALE
 Presidio: OSPEDALE MARELLI DI ORISTANO
 Reparto: IMMUNOLOGIA E PATOLOGIA FUNZIONALE
 Località: ORISTANO
 Utilizzat.: _____

Codici apparecchiatura

E.P.: 10559
 S.N.: A5341
 Cliente: _____

Descrizione apparecchio: PORTA MESSA
 Modello apparecchio: MINI HIER 200 S
 Ditta costruttrice: APPLIED ANTONI

Tariffa: Ore di Lavoro D

Ordine cliente N.: rich. prot. 12778 del 19/2/13

N. Contratto: _____
 Valido dal: _____ al: _____
 Tipo contratto: _____

ATTIVITÀ					
TECNICO	DATA	ORE LAVORO	ORE VIAGGIO	KM	Codice amm.vo
MASALA P.	20/2/13	1	3	—	0
URTIS	20/2/13	1	3	200	
<hr/>					

Causale d'intervento
 CORRETTIVA STRUMENTAZIONE-BIOMEDICAL
 Fatturabile
 CT12-0037 PC001

TEMPO INTERVENTO			
DATA INIZIO	ORA INIZIO	DATA FINE	ORA FINE
20/2/13	15:00	20/2/13	16:00

Codici amministrativi A = ATTESA CONTRATTO C = IN CONTRATTO G = GARANZIA
 D = ATTIVITÀ PER OFFERTA F = FATTURABILE O = GRATUITO

Motivo intervento: malfunzionamento della porta

Anomalie riscontrate: **FERMO PORTA NON FUNZIONANTE**

Descrizione lavori effettuati: **RIPRISTINO BLOCCO PORTA**

Produzione del 22/3/13
 SC sigla _____ nr. prel. _____
 Contabilità nr. fattura _____

Intervento terminato: SI NO Prove di buon funzionamento ad esito: positivo negativo

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE PARTI SOSTITuite	QUANTITÀ	CODICE AMMINISTRATIVO
<hr/>			

CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA	CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA
<hr/>			

Lavoro effettuato c/o cliente senza movimentazione

Data e ora del ritiro: _____ Causale: _____ Firma di chi autorizza il ritiro: _____ Consegna a E.P. CLIENTE Firma di chi effettua il trasporto: _____

Data e ora riconsegna: _____ Causale: _____ Firma di chi riceve l'apparecchio: _____ Riconsegna a E.P. CLIENTE Firma di chi effettua il trasporto: _____

Data fine lavoro: 20/2/13 Nome tecnico: MASALA P. Firma tecnico: _____ Firma cliente: _____
 SI CONFERMA QUANTO SOPRA DESCRITTO



**ELETTRONICA
PROFESSIONALE S.r.l.**



446MOD21
Rev.06 del
01/09/12

SASSARI - S.S. Sassari-Fertilia Km. 2,2 - Tel. 079 41.29.099 - Fax 079 41.29.029
CAGLIARI - Via Dolcetta, 14 - Tel. 070 33.23.797 - Fax 070 33.23.829
C. Fisc. / P.IVA 00227710902 - C.C.I.A.A. N. 66846 - Cap.Soc. 119.000 € I.V.
E-mail - elprof@elprof.it Home Page - http://www.elprof.it

Sassari li 05/06/2013

Spett.^{le}

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO**

Vs. Rif prot. 23598 del 29/3/13
Ns. Rif INT13-00945

V. D. - C. L. P. N. K. G. A. P. O. O. R.

Resp. Cliente: Roberto Sechi
Servizio Clienti: Maria Antonietta Ceravolo
Oggetto: FRIGORIFERO BIOLOGICO SIMA FRIGO DI ACQUA MATTEO PT 400 N. 200024

Con riferimento al frigorifero in oggetto e facendo seguito alla Vostra richiesta di preventivo ci è gradito rimetterVi di seguito la nostra migliore offerta per la riparazione di seguito descritta.

Descrizione Lavori:

Controlli in ingresso, controlli funzionali, smontaggio. Sostituzione motoventilatore, rimontaggio e prove di buon funzionamento.

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Totale
Chilometri	125	0,75	93,75
Ore di Viaggio D	2,5	55,00	137,50
Ore di Lavoro D	1	55,00	55,00
Motoventilatore	1	80,00	80,00

Tot. IVA Esclusa 366,25 Euro

Si evidenzia che in questa occasione le ore di viaggio e i chilometri sono stati conteggiati nella misura del 50% del reale.

Si prega di indicare in ordine quale procedura seguire qualora nel corso dell'intervento intervenissero variazioni nel numero di ore e/o di ricambi preventivati

- 1) Sospendere la riparazione ed emettere nuovo preventivo
- 2) Completare la riparazione e fatturare a consuntivo
- 3) Altro da specificare

In mancanza di Vs. esplicita indicazione verrà adottata la procedura di cui al precedente punto 1

Validità Offerta: 30gg. d
Termini di Pagamento: 90 Giorni Data Fattura

In attesa di ricevere Vs. gradita conferma, cogliamo l'occasione per porgere i Ns. più *Cordiali Saluti*

Elettronica Professionale Srl

Per Accettazione Cliente

ELETTRONICA PROFESSIONALE SRL

Sede legale e amministrativa:
 Strada Sassi-Pescaia Km. 2,2 - 07100 SASSI
 Tel. 079 4129099 - Fax 079 4129029
 C.C.I.A.A. SS 66846 - C.F.P. IVA 00327710992
 Unità Locale: Via Dolcetta, 14 - 09122 CAGLIARI
 Tel. 070 3323797 - Fax 070 3323829
 Unità Locale: Via A. Gherrardesca, 4B - 56121 PISA



RAPPORTO DI ASSISTENZA
 TECNICA / D.D.T.

NUMERO:

ELETTRONICA
 PROFESSIONALE

Cliente: Azienda Ospedaliera
 Presidio: Ospedale
 Reparto: Chirurgia
 Località: Oristano
 Utilizzat.:

Codici apparecchiatura

E.P.:
 S.N.:
 Cliente:

Descrizione apparecchio: Ventilatore biologico
 Modello apparecchio:
 Ditta costruttrice: SIMA PISA

Tariffa:

Ordine cliente N.:

N. Contratto:
 Valido dal: al:
 Tipo contratto:

ATTIVITÀ					
TECNICO	DATA	ORE LAVORO	ORE VIAGGIO	KM	Codice amml.vo
S. S.	07-04-13	1	23	125	
S. S.	07-04-13	1			0

Causale d'intervento

07/04/13

PC0001

TEMPO INTERVENTO

DATA INIZIO	ORA INIZIO	DATA FINE	ORA FINE
07/04/13	11:30	07/04/13	17:30

Codici amministrativi

A = ATTESA CONTRATTO C = IN CONTRATTO G = GARANZIA
 D = ATTIVITÀ PER OFFERTA F = FATTURABILE O = GRATUITO

Motivo intervento:

Anomalie riscontrate:

Descrizione lavori effettuati:

Intervento terminato:

SI NO

Prove di buon funzionamento ad esito: positivo negativo

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE PARTI SOSTITUITE	QUANTITÀ	CODICE AMMINISTRATIVO
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Produzione <input checked="" type="checkbox"/> del 07/04/13 SC sigla _____ nr. prod. _____ Contabilità nr. fattura _____ </div>		

CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA	CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA

Lavoro effettuato c/o cliente senza movimentazione

Data e ora del ritiro:	Causale	Firma di chi autorizza il ritiro	Consegna a mezzo: <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> CLIENTE	Firma di chi effettua il trasporto
Data e ora riconsegna:	Causale	Firma di chi riceve l'apparecchio	Riconsegna a mezzo: <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> CLIENTE	Firma di chi effettua il trasporto

Data fine lavoro	Nome tecnico	Firma tecnico	Firma cliente
07-04-13			

SI CONFERMA QUANTO SOPRA DESCRITTO



**ELETRONICA
PROFESSIONALE S.r.l.**

UNI EN ISO 9001:08
UNI EN ISO 13485:12
UNI EN ISO 14001:04
OHSAS 18001:07



446MOD21
Rev.06 del
01/09/12

SASSARI - S.S. Sassari-Fertilia Km. 2,2 - Tel. 079 41.29.099 - Fax 079 41.29.029
CAGLIARI - Via Dolcetta, 14 - Tel. 070 33.23.797 - Fax 070 33.23.829
C. Fisc. / P.IVA 00227710902 - C.C.I.A.A. N. 66846 - Cap.Soc. 119.000 € I.V.
E-mail - elprof@elprof.it Home Page - http://www.elprof.it

Sassari li 05/06/2013

Spett.^{le}

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO**

Vs. Rif Rich. Prot. 82955 del 20/12/12

Ns. Rif INTSS12-02963

Pol. 2013

Resp. Cliente: Roberto Sechi
Servizio Clienti: Maria Antonietta Ceravolo
Oggetto: AUTOCLAVE FARO STEP PLUS N. 46372

Con riferimento all'autoclave in oggetto e facendo seguito alla Vostra richiesta di preventivo ci è gradito rimetterVi di seguito la nostra migliore offerta per la riparazione di seguito descritta.

Descrizione Lavori:

Controlli in ingresso, controlli funzionali. Registrazione chiusura portello. Manutenzione ordinaria e prove di buon funzionamento.

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Totale
Ore di Lavoro B	2,5	80,00	200,00
Chilometri	75	0,75	56,26
Ore di Viaggio B	1	80,00	80,00

Tot. IVA Esclusa 336,26 Euro

Si prega di indicare in ordine quale procedura seguire qualora nel corso dell'intervento intervenissero variazioni nel numero di ore e/o di ricambi preventivati

- 1) Sospendere la riparazione ed emettere nuovo preventivo
- 2) Completare la riparazione e fatturare a consuntivo
- 3) Altro da specificare

In mancanza di Vs. esplicita indicazione verrà adottata la procedura di cui al precedente punto 1

Validità Offerta: 30 gg. ,

Termini di Pagamento: 90 Giorni Data Fattura

In attesa di ricevere Vs. gradita conferma, cogliamo l'occasione per porgere i Ns. più *Cordiali Saluti*

Elettronica Professionale Srl

R. Sechi

Per Accettazione Cliente

[Signature]

ELETTRONICA PROFESSIONALE SRL

Sede legale e amministrativa:
 Str. St. Sassari-Fertile Km. 2,2 - 07100 SASSARI
 Tel. 079 4129000 - Fax 079 4129020
 CCIAA SS 06846 - C.F./P.IVA 00227710902
 Unità Locale: Via Dolcetta, 14 - 09122 CAGLIARI
 Tel. 070 3323797 - Fax 070 3323829
 Unità Locale: Via A. Gherardesca, 4B - 56121 PISA



**RAPPORTO DI ASSISTENZA
 TECNICA / D.D.T.**

NUMERO: _____



Cliente: AZIENDA SANITARIA LOCALE...
 Presidio: POLIAMBULATORIO...
 Reparto: AMBULATORIO...
 Località: ALEX ex VILLA SANT'ANTONIO
 Utilizzat.: 0783/9111324

Codici apparecchiatura

E.P.: 4327
 S.N.: 5047
 Cliente:

Descrizione apparecchio: AUTOCALAVE
 Modello apparecchio: STEP PLUS
 Ditta costruttrice: FARGO

Tariffa: Area di Lavoro B

Ordine cliente N.: Rich. Prot. 92955 del 20/12/12

N. Contratto:
 Valido dal: _____ al:
 Tipo contratto:

ATTIVITÀ					
TECNICO	DATA	ORE LAVORO	ORE VIAGGIO	KM	Codice ammv. v2
C. Rossi	14/01/13	0,5	-	-	F
C. Rossi	15/01/2013	2,0	-	-	F
R. BERTI	20/02/2013	-	1	75	F

Causale d'intervento
 CORRETTIVA ATTIVAZIONE RIOMEDICAL
 Fattureabile
 COMG09-00027 P000

Codici amministrativi
 A = ATTESA CONTRATTO
 D = ATTIVITÀ PER OFFERTA
 C = IN CONTRATTO
 F = FATTURABILE
 G = GARANZIA
 O = GRATUITO

TEMPO INTERVENTO			
DATA INIZIO	ORA INIZIO	DATA FINE	ORA FINE
14/01/13	10:30	20/02/13	11:00

Motivo intervento: Il ciclo non viene terminato

ERR 84

Anomalie riscontrate: Dopo 14 2° e 3° ciclo OK in ERRORE 84
 Descrizione lavori effettuati: SOPRALLUOGO RIF. DA R.P. IN LAB EP
 Ripristino e diluizione portello controllo
 funzionale e mantenimento ordinario

Intervento terminato: SI NO Prova di buon funzionamento ad esito: positivo negativo

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE PARTI SOSTITUITE	QUANTITÀ	CODICE AMMINISTRATIVO

CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA	CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA

Lavoro effettuato c/o cliente senza movimentazione

Data e ora del ritiro: 14/01/13 17:30 Causale: R.P. IN LAB EP. CAGLIARI Firma di chi autorizza il ritiro: [Firma] Consegna a mezzo: E.P. CLIENTE Firma di chi effettua il trasporto: [Firma]
 Data e ora riconsegna: 20/02/13 10:30 Causale: RISO DA RIPARAZ. Firma di chi riceve l'apparecchio: [Firma] Riconsegna a mezzo: E.P. CLIENTE Firma di chi effettua il trasporto: [Firma]
 Data fine lavoro: 20.02.2013 Nome tecnico: [Nome] Firma tecnico: [Firma] Firma cliente: [Firma]
 SI CONFERMA QUANTO SOPRA DESCRITTO

SASSARI - S.S. Sassari-Fertilia Km. 2,2 - Tel. 079 41.29.099 - Fax 079 41.29.029
CAGLIARI - Via Dolcetta, 14 - Tel. 070 33.23.797 - Fax 070 33.23.829
 C. Fisc. / P.IVA 00227710902 - C.C.I.A.A. N. 66846 - Cap.Soc. 119.000 € I.V.
 E-mail - elprof@elprof.it Home Page - http://www.eiprof.it

Sassari li 05/06/2013

Spett.^{le}

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO

Vs. Rif.: Rich. n° 4172172 del 11/12/12
Ns. Rif.: INTSS12-02842 a consuntivo
CIG: N.P. **CUP:** N.P.

Cortese Att.:

Vs. FAX Nr.:

Resp. Cliente: sig. M. Ferrario
Servizio Clienti: sig. A. Auzzas

Pol. AUEJ

Oggetto: FRIGORIFERO BIOLOGICO SI.MA. 700 P N. 45741

Con riferimento a quanto in oggetto e facendo seguito alla Vostra richiesta di preventivo di quanto a margine ci è gradito rimetterVi di seguito la nostra migliore offerta per:

Descrizione Lavori:

Controlli in ingresso, Controlli funzionali, Smontaggio, Analisi guasto, Sostituzione ricambi, Rimontaggio, Manutenzione periodica come da Lista di controllo, Ripristino della funzionalità, Ripetizione prove di funzionamento.

Descrizione	Q.tà	Pr. Unitario	Totale
Ore di Lavoro	2	55,00	110,00
Ore di Viaggio	1	55,00	55,00
Chilometri	120	0,75	90,00
COMPONENTI MECCANICI	1	25,00	25,00
SERRATURA	1	25,00	25,00

Tot. IVA Esclusa 305,00 Euro

Si prega di indicare in ordine quale procedura seguire qualora nel corso dell'intervento intervenissero variazioni nel numero di ore e/o di ricambi preventivati

- 1) Sospendere la riparazione ed emettere nuovo preventivo
- 2) Completare la riparazione e fatturare a consuntivo
- 3) Altro da specificare

In mancanza di Vs. esplicita indicazione verrà adottata la procedura di cui al precedente punto 1

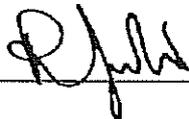
Validità Offerta: 05/07/2013

Termini di Pagamento: 90 Giorni Data Fattura

In attesa di ricevere Vs. gradita conferma, cogliamo l'occasione per porgere i Ns. più distinti saluti

Elettronica Professionale Srl

Per Accettazione Cliente






ELETTRONICA PROFESSIONALE

ELETTRONICA PROFESSIONALE SRL

Sede Legale ed Amministrativa:
 Str. St. Saseari-Fertile Km. 2.2 - 07100 SASSARI
 Tel. 079.4129099 - Fax 079.4129029
 C.C.I.A.A. SS 66846 - C.F./P. IVA 00227710902
 Filiale: Via Dolcetta, 14 - 09122 CAGLIARI
 Tel. 070.3323797 - Fax 070.3323829

SINGERT



**RAPPORTO DI ASSISTENZA
 TECNICA / D.D.T.**

NUMERO: INT55 12-0282

Cliente: AZIENDA OSPEDALIERA ASL N°5
 Presidio: POLICLINICO DI ALES
 Reparto: SERVIZIO IGENE PUBBLICA
 Località:
 Utilizzat.: DOTT. USAI

Codici apparecchiatura

E.P.: 45741
 S.N.:
 Cliente:

Descrizione apparecchio: FRIGORIFERO BD
 Modello apparecchio: SIMA
 Ditta costruttrice:

Tariffa:

Ordine cliente N.: 12/11-12-12 412172

N. Contratto:
 Valido dal: al:
 Tipo contratto:

ATTIVITÀ					
TECNICO	DATA	ORE LAVORO	ORE VIAGGIO	KM	Codice amm.vo
C.ROSSI	12-12-12	2	1	120	C

Causale d'intervento

TEMPO INTERVENTO

DATA INIZIO	ORA INIZIO	DATA FINE	ORA FINE
12/12/12	13:30	12/12/12	14:30

Codici amministrativi
 A = ATTESA CONTRATTO C = IN CONTRATTO G = GARANZIA
 D = ATTIVITÀ PER OFFERTA F = FATTURABILE O = GRATUITO

Motivo intervento: ROTTORE DELLA SERRATURA

Anomalie riscontrate: LA SERRATURA SI È ROTTA PER LA 3 VOLTA
 Descrizione lavori effettuati: SOSTITUZIONE DELLA SERRATURA + RINFORZATO MECCANISMO DI BLOCCO
 ESEGUITA MANUTENZIONE PERIODICA COME DA LISTA DI CONTROLLO

Intervento terminato: SI NO Prove di buon funzionamento ad esito: positivo negativo

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE PARTI SOSTITUITE	QUANTITÀ	CODICE AMMINISTRATIVO
SORR01 MINUTERIE	SERRATURA A CHIAVE COMPLETA PLACCA IN FERRO E VITI AUTOFORANTI	01 01	
Produzione <input checked="" type="checkbox"/> del 4/2/13 SO saggia _____ nr. dest. _____ Contabilità nr. fattura _____			

CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA	CODICE STRUMENTO	DESCRIZIONE STRUMENTO DI MISURA

Lavoro effettuato c/o cliente senza movimentazione

Data e ora del ritiro:	Causale	Firma di chi autorizza il ritiro	Consegna a mezzo: <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> CLIENTE	Firma di chi effettua il trasporto
Data e ora riconsegna:	Causale	Firma di chi riceve l'apparecchio	Riconsegna a mezzo: <input type="checkbox"/> E.P. <input type="checkbox"/> CLIENTE	Firma di chi effettua il trasporto
Data fine lavoro 12-12-12	Nome tecnico 	Firma tecnico NOI ROSSI CLAUDIO	Firma cliente 	SI CONFERMA QUANTO SOPRA DESCRITTO

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5 ORISTANO

Allegato "C" alla Determinazione del Responsabile del Servizio di Ingegneria Clinica N° _____ DEL _____

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data consuntivo	Consuntivo IVA esclusa	IVA 21%	Consuntivo IVA inclusa
SIT del P.O. di Oristano	G0401	Frigomoteca Angelantoni	Ditta Elettronica Professionale di Sassari	05/06/2013	370,00	77,70	447,70
U.O. Chirurgia del P.O. di Oristano	D0201	Frigorifero Biologico SIMA	Ditta Elettronica Professionale di Sassari	05/06/2013	366,25	76,91	443,16
Poliambulatorio di Ales	S0206	Autoclave Faro	Ditta Elettronica Professionale di Sassari	05/06/2013	336,26	70,61	406,87
Poliambulatorio di Ales	S0206	Frigorifero Biologico SIMA	Ditta Elettronica Professionale di Sassari	05/06/2013	305,00	64,05	369,05
					1.377,51	289,28	1.666,79

55,00	93,75	200,00	110,00
165,00	137,50	56,26	55,00
150,00	55,00	80,00	90,00
	80,00		25,00
370,00	366,25	336,26	305,00