



Esaote S.p. A.

Direzione

Via A. Siffredi, 58

16153 Genova

Tel. 010 65471

www.esaote.com

Sede Legale

Viale Bianca Maria, 25

20122 Milano

Capitale Sociale 30.142.000,00 Euro

interamente versato

C.C.I.A.A. Milano

C.F. / Partita Iva 05131180969

Registro Produttori AEE IT 08010000000033

Sedi Operative

Genova

Via Siffredi, 58

16153 Genova

Tel. 0106547.1

Fax 010 6547275

C.P. GE Campi

Firenze

Via di Caciolle, 15

50127 Firenze

Tel. 055 4229.1

Fax 055 434011

C.P. 6274

ORISTANO

PERVENUTO IL

16 APR. 2013

Prot. n. _____ del _____

A/ri _____

AZIENDA U.S.L. n. 6 ORISTANO

VIA GARIBOLDI, 36

09170 ORISTANO

OR

Cod. **29337**

SERVIZIO BILANCIO

REGISTRO FATTURE

N° **6061** del **17-04-13**

TIPO DOC. DOC. TYPE	DATE DATE	NUMERO NUMBER	PAG. PAGE
FATTURA	29/03/13	100636	2
CODICE CLIENTE - CUSTOMER CODE			
2001 109513			
COD. FISC. - FISC. CODE		P. I. V. A. - V.A.T. N.	
00681110953		00681110953	

PAGAMENTO - PAYMENT	AGENTE O VENDITORE - DEALER CODE
90 GG DATA FATTURA - BONIFICO BANC.	809011 MAST MEDICAL S.p.A.
SPEDIZIONE - THROUGH	REBA/PORTO - DELIVERY TERMS
CORRIERE	FRANCO DESTINO

DESTINAZIONE - DESTINATION
PER MERCE SPEDITA A OSPEDALE SAN MARTINO U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE; ORISTANO

CODICE E DESCRIZIONE CODE AND DESCRIPTION	U.M.	QUANTITÀ QUANTITY	PREZZO UNITARIO UNIT PRICE	TOTALE TOTAL PRICE
N. 00300/1000/67074 Intestato a Esaote s.p.A. AI SENSI DELL'ART. 3 DELLA LEGGE N. 136/2010				
IMPONIBILE I.V.A. 21%				20350,00 4275,50
CONTRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO.				
AZIENDA SANITARIA DI ORISTANO Servizio Prosecurato Vista Patente di regolarità della iscrizione, si comunica al Servizio Bilancio la presente liquidazione per Euro <u>24.623,50</u> da quanto Euro sull'autorizzazione <u>ATC-ALQ n. 40</u> sub <u>1</u> anno <u>2013</u> . Oristano, li _____ L'OPERATORE INCARICATO _____				

TOTALE - TOTAL	TVP	24623,50
----------------	-----	----------



Esaoite S.p.A.
 Direzione
 Via A. Siffredi, 58
 16153 Genova
 Tel. 010 8547.1
 www.esaoite.com

Sede Legale
 Viale Bianca Maria, 25
 20122 Milano
 Capitale Sociale 30.142.000 Euro
 Int. versato
 C.G.I.A.A. Milano
 C.F./ Partita Iva 05131180969

Sedi Operative
 Genova
 Via Siffredi, 58
 16153 Genova
 Tel. 010 8547.1
 Fax 010 8547275
 C.P. GE-Campi

Firenze
 Via di Caciolla, 15
 50127 Firenze
 Tel. 055 4228.1
 Fax 055 494011
 C.P. 6274

Copia conforme all'originale

COMMITTENTE AZIENDA U.S.I. n. 5 ORISTANO			DESTINAZIONE OSPEDALE SAN MARTINO		
VIA CARDUCCI, 35 09170 ORISTANO OR			U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 09170 ORISTANO OR		
CODICE CLIENTE 2001 109513	CODICE FISCALE CLIENTE 00681110953	CODICE AGENTE 2730 809011	AGENTE MAST MEDICAL S.r.l.		
CAUSALE DEL TRASPORTO VENDITA	ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	NUMERO 640054	DATA 29/03/13	PAG. 1	
TRASPORTO A CURA DEL MITTENTE <input type="checkbox"/> VETTORE <input checked="" type="checkbox"/> DESTINATARIO <input type="checkbox"/>		TARGA	RESA/PORTO FRANCO DESTINO		
CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITA'	VETTORI	
Ns.Rif.Ordine 649599	Vs. riferimento: BI-2013-46			DITTA TNT NAPOLI NAPOLI	
9600170000	CONSEGNA PRESSO MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE 0783-317781 RIFERIMENTO VOSTRO ORDINE NR. BI-2013-46 DEL 29/03/2013 NOSTRA OFFERTA DI GARA GG002588 DEL 27/12/2012 TE022 SONDA TRANSESOFAGEA MULTIPLANA 8-3 Include le seguenti unita' rintracciabili: SN 517	NR	1	DATA RITIRO ORA RITIRO	
9990000001	Ulteriori prestazioni US	NR	1	FIRMA	
Reg.i Produttori AEE n. IT08010000000033 e Pile n. IT09060P00000450				DITTA	
CODICE MAGAZZINO SCARICO : WN CARICO :				DATA RITIRO ORA RITIRO	
Si dichiara che la merce è esente da vizi e da difetti ed è conforme all'ordine.		CON RISERVA DI VERIFICA COLLI INTEGRI		FIRMA	
Bl.n. 46 del 29-03-2013 IL RESPONSABILE U.O.		OPERATORE DI MAGAZZINO Sede Oristano, 08-06-2013		DICHIARO DI AVER RICEVUTO: - LA MERCE SOPRAINDICATA CONSTATANDO IL BUONO STATO DEGLI IMBALLI. DICHIARO INOLTRE CHE CHE IL VEICOLO AI SENSI DELLA LEGGE E' ISCRITTO AL TRASPORTO DELLA MERCE SOPRADESCRITTA. NOTA PER IL DESTINATARIO: - EVENTUALI RECLAMI CIRCA L'INTEGRITA' E LA CONFORMITA' DEL CONTENUTO DOVRANNO ESSERE INOLTRE ALLA ESAOTE SpA PER ISCRITTO ENTRO 8 GG DAL RICEVIMENTO DELLA MERCE.	
N. COLLI	PESO NETTO	PESO LORDO	ANNOTAZIONI - VARIAZIONI		
INIZIO DEL TRASPORTO O CONSEGNA		FIRMA CONDUCENTE	FIRMA DESTINATARIO		
DATA					
1 SPEDIZIONE SEDE LEGALE V.Bianca Maria, 25-20122 (MI) Capitale sociale interamente versato - EURO 30.142.000 C.F., P.I. ed Iscr. al Registro Imprese di Milano nr. 05131180969					

ASL 5 ORISTANO
CARDUCCI, 35
ORISTANO (OR), ITALY, CAP: 09170
P.IVA 00681110953



ASL Oristano

Allegato n° 1 alla determinazione
Stato Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 1 fogli <http://www.asloristano.it>

Email :
Tel : (+39)
Fax :

Esercizio : 2013
Stampato il 18/06/2013

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2013 - 62 **del:** 06/05/2013
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Dellibera: 908 **del:** 27/03/2013

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: N0602 - ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. SAN MARTINO
Localizzazione: UASL5OR001 - OSP-SAN MARTINO ORISTANO

Ordine: BI/2013/46

Movimento: M23/2013/1586

Fattura: N. 100836 Data 29/03/2013

Cespite	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/48571	1113685 - SONDA OMNIPLANA TEE022*ECOTOMOGRFO ESAOTE scientifiche MYLAB CLASS C	051301 - Attrezzature sanitarie e	ESAOTE S.P.A.	1-ACQUISTO	24 623,50

Matricola: 02674

Etichetta: 48571

Note: SONDA MODELLO TEE022 OMNIPLANA.

Cespiti: 1

Totale CdC: 24 623,50



**Elettronica
Bio Medical**
a company of

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Allegato n° 2 alla determinazione

Cliente: ASL N°5 OR Serv. Forneditorato N° 6 fogli

del 20450/co
Data 06/05/13

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 908 del 11/04/13 la ASL N°5 OR, ha affidato alla Ditta ESAOTE la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>003902</u>	<u>ESAOTE</u>	<u>SANDA ECO TRANSFER</u>	<u>TE6032</u>	<u>02674</u>

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO U.O. RIANIMAZIONE presso la Struttura: S. MARTINO OR

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 08/04/13 con bolle nr. 640054 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 06/05/13 presso RIANIMAZIONE S. MARTINO sono convenuti i signori:

DETT. SA MULLAS. A. Incaricato ASL N°5 (OR)
TRUDDI RAFFAELLE Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSSI CAUOLO Incaricato ING. CLINICI
 Incaricato _____

I comparenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note _____

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl _____

Il Consegnatario del bene _____

Il referente Amm.vo dell'Azienda Amelie Pules

Il Responsabile della ditta fornitrice Raffaele Truddi

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>JORDU RAFFAELLE</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>ESAPOTB</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. TEE 022 numero di serie 02674 numero di installazione _____

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON SONO PREVISTE MANUTENZIONI PARTICOLARI
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	A CURA DELLA CASA COSTRUTTRICE
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	
CONTROLLO FUNZIONALE	IN FASE DI COLLAUDO
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	IN SEDE DI COLLAUDO
Verifica di sicurezza elettrica	/
Verifica di sicurezza elettrica	/

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore (firma)

Jordan Raffaele

l'Amministrazione Contraente





Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	TRUDDO RAFFAELE
In qualità di Responsabile del Servizio di	ASSISTENZA TECNICO ESAOTE

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di SONDA TRANSDUCEA TEE 022 al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: Dott. CHIODI

Docente del Corso	<u>DOTT. R. CHIODI</u>
In qualità di	<u>SPECIALISTA DI PRODOTTO</u>
della Ditta	<u>ESAOTE</u>

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: LA DITTA SI IMPEGNA AD ESEGUIRE IL CORSO DI FORMAZIONE, ISO E MANUTENZIONE IN DATA DA CONCORDARE CON LA DOTT.SA NULAS COORDINATORE LOCALE TRAPIANTI dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta ASA 5 ORISTANO (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore (firma)

Raffaele Truddo

l'Amministrazione Contraente (timbro)

Luigi...

IN PARTICOLARE SI RICHIEDE ISTRUZIONE E DOCUMENTAZIONE SU PROCESSI E METODI DI PULIZIA E STERILIZZAZIONE

Verbale di collaudo e accettazione merce.

Data: 06/05/2013

h. Tecnico: RAFFAELE TRUDU



0070000215

Materiale fornito con:

D.D.T. Nr: 640054 del 29/03/2013

Committente AZIENDA U.S.L. n. 5 ORISTANO U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 9170 ORISTANO OR	Destinazione U.O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE 9170 ORISTANO OR
---	--

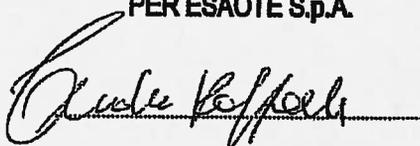
In data 06/05/2013 si e' provveduto al collaudo delle sotto elencate apparecchiature:

Installazione n°: 129631

Codice	Descrizione	Qta
9600170000	TEE022 SONDA TRANSESOFAGEA MULTIPLANA 8-3 Include le seguenti unità rintracciabili: SN 517	1
9990000001	Ulteriori prestazioni US	1

Si dichiara che le apparecchiature sono conformi a quelle ordinate e che sono perfettamente funzionanti.

PER ESAOTE S.p.A.



PER CLIENTE

(Timbro e Firma)



Scheda verticale di sicurezza
Norme generali 62-05 / EN 60601-1

IV. CATEGORIA
003222



Firma del tecnico verificatore

02

Kit misura:

Scadenza taratura:

Data verifica

06/05/13

Modello: S. MARINO (02) Unità Operativa: RIABILITAZIONE Stanza: AMBULATORIO
Classe: SONDA TRANSDUCER Costruttore: ESAOTE Modello: TEE 022
Codice: 00517 Inv.: _____ Cod. mod.: [] Cod. stanza: blp/01038

Modalità di possesso:	<input type="checkbox"/> [01] Proprietà	<input type="checkbox"/> [02] Affitto/Noleggio	<input type="checkbox"/> [03] Comodato d'uso	<input type="checkbox"/> [04] Regalie	<input type="checkbox"/> [05] Leasing
	<input type="checkbox"/> [06] Altri enti	<input type="checkbox"/> [07] Uso gratuito	<input type="checkbox"/> [08] Service	<input type="checkbox"/> [09] Visione	<input type="checkbox"/> [10] Università
Condizione d'uso:	<input checked="" type="checkbox"/> [01] Recente acquisto	<input type="checkbox"/> [02] Buono	<input type="checkbox"/> [03] Sufficiente	<input type="checkbox"/> [08] Usurato	
	<input type="checkbox"/> [07] Insufficiente	<input type="checkbox"/> [04] Pessimo	<input type="checkbox"/> [06] Fuori uso		
Stato:	Anno presunto di acquisto: [<u>2013</u>]				

Configurazione:	<input checked="" type="checkbox"/> [SIS] Apparato a sistema	<input type="checkbox"/> [SIN] Singola	<input type="checkbox"/> [MOD] Modulare
	Schede N.: [<u>001072</u>]	[]	[]
Installazione:	<input checked="" type="checkbox"/> [MFI] Mobilia	<input type="checkbox"/> [IP] Fissa	<input type="checkbox"/> [AB] Batteria
Isolamento:	<input checked="" type="checkbox"/> [ISOL] Plastico isolante	<input type="checkbox"/> [CCT] Conduttivo connesso a terra	<input type="checkbox"/> [CNT] Conduttivo non connesso a terra

Caratteristiche dati:	<input type="checkbox"/> [NE] Inesistente	<input checked="" type="checkbox"/> [E] Esistente	<input type="checkbox"/> [NA] Non accessibile
	Alimentazione: [<u>NI</u>] V Frequenza: [<u>NI</u>] Hz Potenza: [<u>NI</u>] [A] [VA] [W]		
Classificazione:	<input checked="" type="checkbox"/> [NRI] Non riportata	<input type="checkbox"/> [I] Classe I	<input type="checkbox"/> [II] Classe II
	<input type="checkbox"/> [III] Classe III	<input type="checkbox"/> [A] Alimentazione interna	
Parti applicate:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [B]	<input checked="" type="checkbox"/> [BE]
		<input type="checkbox"/> [BF]	<input type="checkbox"/> [CF]
		<input type="checkbox"/> [F]	
Azioni anestetiche:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [AP]	<input type="checkbox"/> [APG]
Azioni liquidi:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [SPR] Sprizzi (IPX4)	<input type="checkbox"/> [IMM] Immersione (IPX7)
defibrillatore:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [DEF]	
Altre informazioni:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL] [GS]	
	N° identificativo: [<u>0051</u>]		
Sovracorrenti:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	[] x [(A)]	Altre Protezioni [APR] x [(A)]

Impedenza:	<input checked="" type="checkbox"/> [NE] Non riportata	<input type="checkbox"/> [EQ] Equipotenzialità	<input type="checkbox"/> [TF] Terra funzionale	<input type="checkbox"/> [TS] Terra di protezione
Poli:	<input type="checkbox"/> [P2] 2 poli	<input type="checkbox"/> [P3] 3 poli	<input type="checkbox"/> [P4] 4 poli	<input type="checkbox"/> [SC] Schuko
	<input type="checkbox"/> [U] USA	<input type="checkbox"/> [M] Magic		
Marchio:	<input type="checkbox"/> [CE] CEE	<input type="checkbox"/> [AL] altre	<input type="checkbox"/> [NA] Non accessibile	<input type="checkbox"/> [IS] Interruttore sicuro
	<input type="checkbox"/> [FE] Feller			
Tipo:	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]		
	<input type="checkbox"/> [F] Fisso	<input type="checkbox"/> [SE] Separabile	<input type="checkbox"/> [IN] Interbloccato	
Poli:	<input type="checkbox"/> [BP] Bipolare	<input type="checkbox"/> [TP] Tripolare	<input type="checkbox"/> [QP] Quadripolare	<input type="checkbox"/> [PP] Pentapolare
	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Nessuno	<input type="checkbox"/> [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]		
Marchio:	<input type="checkbox"/> [BP] Bipolare	<input type="checkbox"/> [TP] Tripolare		
	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Nessuno	<input type="checkbox"/> [VU] Vuoto	<input type="checkbox"/> [N2] Azoto	<input type="checkbox"/> [O2] Ossigeno
Alimentazioni:	<input type="checkbox"/> [AC] Aria compressa	<input checked="" type="checkbox"/> [CC] Batterie	<input type="checkbox"/> [GAS] Gas	<input type="checkbox"/> [N2O] N2O
	<input type="checkbox"/> [H2O] Acqua	<input type="checkbox"/> [VAP] Vapore	<input type="checkbox"/> [CO2] Anidride Carbonica	

Documentazione:	<input type="checkbox"/> [NI] Non indispensabile	<input type="checkbox"/> [ND] Assente	<input checked="" type="checkbox"/> [PR] Pronta	<input type="checkbox"/> [RE] Reperibile
Lingua:	<input checked="" type="checkbox"/> [IT] Lingua italiana	<input type="checkbox"/> [GB] Inglese	<input type="checkbox"/> [AL] Altre	