

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SARDEGNA AZIENDA U.S.L. N 5 ORISTANO**

Allegato A1

SERVIZIO:

10.07.2013

OGGETTO: Richiesta di intervento tecnico urgente non inserito in contratto da eseguirsi in economia.

**AL RESPONSABILE DEGLI ACQUISTI IN ECONOMIA
SEDE**

Si richiede l'autorizzazione all'esecuzione dell'intervento tecnico urgente sulla

apparecchiatura tecnico -scient./sanitaria/economale REGISTRATORE HOLTER
di proprietà dell'Azienda (barrare in corrispondenza della tipologia di attrezzatura)

per il seguente inconveniente ASSENZA DI REGISTRAZIONE

motivazione urgenza PAZIENTI IN LISTA D'ATTESA PER ESEGUIRE L'ESAME

modello apparecchiatura ARIA n° di serie PH819

marca _____ classe (se conosciuta) _____ importo presunto _____

n° di inventario 2606 in dotazione alla UNITA' OPERATIVA MEDICINA INTERNA

che può essere eseguito esclusivamente dalla

DITTA _____ sede _____ n° di fax _____ per

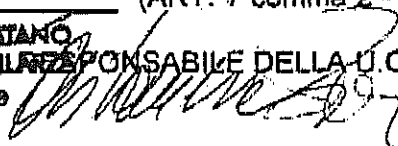
le seguenti motivazioni:

1 Servizio che per motivi di natura tecnica può essere affidato unicamente al
fornitore _____ (ART. 7 comma 2 - lett. b - Dlgs 157/95) (precisare le
particolarità tecniche

DITTA T.B.M.

2) Servizio che può essere affidato, per ragioni inerenti alla protezione dei diritti di
esclusiva, unicamente al fornitore _____ (ART. 7 comma 2 - lett. b
- Dlgs 157/95)

AZIENDA U.S.L. N° 5 - ORISTANO
P. O. "G.P. DELOGU" - GIULIANI RESPONSABILE DELLA U.O.
Dr.ssa Filomena Sale
U.O. MEDICINA





Monserrato, 19 Luglio 2013

Ns.rif.: P13204

Spett.le Azienda
U.S.L. n° 5
Via Carducci n° 35
09170 ORISTANO (OR)

OGGETTO: Preventivo spesa come da Vs. richiesta prot. n° PG/2013/49163 del 11-07-2013.

In risposta alla Vs. richiesta fax in oggetto del 11-07-2013, di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo sottoporVi ns. miglior preventivo spesa per il ripristino funzionalità del Registratore Holter, marca: Esaote, mod.: Aria, matr.: P4819 in uso presso il P.O. di Ghilarza.

L'IMPORTO PER IL RIPRISTINO FUNZIONALITA' DI CUI SOPRA AMMONTA A EURO: €=374,00= (trecentosettantaquattro/00) I.V.A. ESCLUSA, COSI' DETERMINATO:

- N° 01	Ora lavoro	€	120,00
- N° 01	Rimborso forfetario spese trasferim.	€	120,00
- N° 01	Kit 4 cavetti terminali	€	92,00
- N° 01	Kit componenti elettronici	€	42,00
-	Ore viaggio	€	---
-	Rimborso chilometrico	€	---
-	Spese trasferta	€	---
-	Spese preventivo	€	---
-	Costo sopralluogo preliminare	€	---
TOTALE COMPLESSIVO		€	374,00

Tempi di esecuzione: In funzione delle Vs. necessità.

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

TBM s.a.s.
Giancarlo Putzulu

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

TBM S.A.S

Scdc Sociale: 09042 Monserrato
Via G. Zuddas, 13

E-mail:tbmsa@libero.it
C.F. e P. IVA 02214460921

Reg. Impr. Cagliari
n. 27047 Trib. Cagliari

R.E.A.
CA 168223

Cell. 336 817966
Tel. 070 560601
Fax 070 561120



Servizio Ingegneria Clinica

Prot. PG/2013/49163

Oristano li,

11 LUG. 2013

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 070/561120
Tel 070/560601**Spett.le Ditta T.B.M. s.a.s.**
Via Zuddas, 13
09042 MONSERRATO (CA)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Registratore Holter mod. Aria	P4819	Malfunzionante

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 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, 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-



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°: 4525258 / Data: 4-07-2013 Ora: _____Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.itIl 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 *	
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO VIA NICOLELLE PIRA, 48		1° PIANO CARDIOLOGIA 1	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
IC, 03204 POL. 1875	4850 9704250100	ELETTROCARDIOGRAFO ESAOTE P 8000	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
		SI	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *	/	/	/
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		SI	
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		SI	
Descrizione del Malfunzionamento:* ARTEFATTI DA CORRENTE ALTERNATA, DISTURBI DELLE DERIVAZIONI PERIFERICHE			

Referente di Struttura Organizzativa: *
Dott. PEDDIO CLERIA Sig. ATZA MILETA Tel. 0783 317514
0783 317510Il Richiedente
SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Azienda U.S.L. N. 5 - ORISTANO
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO

Parte riservata al Ricevente

> UTA TBT

SERVIZIO SANITARIO-REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N° 5
Poliambulatorio di Oristano
Ambulatorio di Cardiologia

Si richiede intervento tecnico per elettrocardiografo ESAOTE P 8000 (ambulatorio Cardiologia 1).

Disturbi rilevati:

- artefatti da corrente alternata
- disturbi dell'unità scrivente, soprattutto nelle derivazioni periferiche

Oristano 07/07/2013

Lo specialista cardiologo
Dr.ssa Sandra Zoncu



ASL N° 5 ORISTANO
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO
CARDIOLOGIA
Dr.ssa Sandra ZONCU

**Servizio Ingegneria Clinica**Prot. RG/2013/49142Oristano li, 11 LUG. 2013**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 070/561120
Tel 070/560601**Spett.le Ditta T.B.M. s.a.s.**
Via Zuddas, 13
09042 MONSERRATO (CA)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'ambulatorio di Cardiologia del Poliambulatorio di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Elettrocardiografo Esote P8000	4250 9704250100	Artefatti da corrente alternata. Disturbi delle derivazioni periferiche.

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 (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 risulta 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-



Monserrato, 22 Luglio 2013

Ns.rif.: P13206

Spett.le Azienda
U.S.L. n° 5
Via Carducci n° 35
09170 ORISTANO (OR)

OGGETTO: Preventivo spesa come da Vs. richiesta prot. n° PG/2013/49172 del 11-07-2013.

In risposta alla Vs. richiesta fax in oggetto del 11-07-2013, di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo sottoporVi ns. miglior preventivo spesa per il ripristino funzionalità dell'elettrocardiografo, marca: Esaote, mod.: P-8000 Power, matr.: 1836, in dotazione all'Ambulatorio di Cardiologia del Poliambulatorio di Oristano.

L'IMPORTO PER IL RIPRISTINO FUNZIONALITA' DI CUI SOPRA AMMONTA A EURO: €=810,00= (ottocentodieci/00) I.V.A. ESCLUSA, COSI' DETERMINATO:

- N° 1,5	Ora lavoro	€	180,00
- N° 01	Rimborso forfetario spese trasferim.	€	120,00
- N° 01	Testina termica	€	250,00
- N° 01	Cavo paziente completo	€	260,00
-	Ore viaggio	€	---
-	Rimborso chilometrico	€	---
-	Spese trasferta	€	---
-	Spese preventivo	€	---
-	Costo sopralluogo preliminare	€	---
TOTALE COMPLESSIVO		€	810,00

Tempi di esecuzione: In funzione delle Vs. necessità.

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

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

TBM s.a.s.
Valter Piga

TBM S.A.S.

Sede Sociale: 09042 Monserrato
Via G. Zuddas, 13

E-mail: tbmsat@libero.it
C.F. e P. IVA 02214460921

Rcg. Impr. Cagliari
n. 27047 Trib. Cagliari

R.E.A.
CA 168223

Cell. 336 817966
Tel. 070 560601
Fax 070 561120

**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
Poliambulatorio di Oristano	Q0206	Elettrocardiografo marca Esaote	Ditta TBM con sede in Monserrato - Cagliari	22.07.2013 (P13206)	810,00	170,10	980,10
Unità Operativa di Medicina del Presidio Ospedaliero di Ghilarza	E0301	Registrazione Holter marca Esaote	Ditta TBM con sede in Monserrato - Cagliari	19.07.2013 (P13204)	374,00	78,54	452,54
					1.184,00	248,64	1.432,64

180,00	120,00
120,00	120,00
250,00	92,00
260,00	42,00
810,00	374,00