



**SANIFARM s.r.l.**  
 VIALE MONASTIR, 126/A • TEL. 070284350  
 TELEFAX 070282339  
 09122 CAGLIARI  
 REG. SOC. TRIB. CAGLIARI N. 7115  
 C.C.I.A.A. CAGLIARI N. 87129  
 C.C. POSTALE N. 17525098  
 COD. FISC. E PART. IVA N. 00288550924

Allegato n° 1 alla determinazione  
 Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Composto di n° 1 fogli  
 Cod. 11998  
**SERVIZIO BILANCIO**  
**REGISTRO FATTURE**  
 N° 9468 del 03/06/2013

Spett.  
 AZIENDA U.S.L. N.5  
 VIA CARDUCCI, 35  
 09170 ORISTANO (OR)

N° fattura	Data fattura	Pagina	Condizioni di pagamento	Codice Cliente	P.IVA / Codice Fiscale
601	24/05/13	1/1	RD60 - Rim. Dir. 60gg d.f.	01040	00681110953

Destinazione dei beni  
 OSPEDALE S.MARTINO  
 VIA ROCKFELLER, 1  
 ORISTANO

Note  
 APPARECCHIATURA STORZ CIG. ZEA099C42E  
 MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE X S.O. ORTOPED  
 Vs. ordine O.BI.2013.62  
 Data ordine 08/05/13

Articolo	Descrizione	Codice magazzino	Quantità	UM	Prezzo	Sconti	Importo	IVA
S207210201	Doc. trasporto N. 646 del 20/05/13	01054282	1,00	PZ	19.950,00		19.950,00	21
S20012832	POWER UNIT SL SCB	01054299	1,00	PZ				21
S28721045	SERIE DI 3 PEDALE MANTIPOLO	01054857	1,00	CF				21

*Fattura in sospeso ai sensi della Cir. n. 32-501288 del 27-4-1973, emessa nel registro fatture in sospeso con il numero e la data della stessa fattura.*

**ASL N. 5 - ORISTANO**  
 Resp. Proc. \_\_\_\_\_  
 PERVENUTO IL  
**30 MAG. 2013**  
 del \_\_\_\_\_  
 Prof. n. \_\_\_\_\_  
 Altri \_\_\_\_\_

Trasporto a mezzo		Spese di trasporto		Spese varie		Tot. Imponibile + N.I.	
Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione	Cod.	Imponibile	Aliq.	Imposta / Esenzione
21	19.950,00	21,0	4.189,50				
				Totale I.V.A. 4.189,50			
				Totale fattura 24.139,50			

*Caco*  
*6/8/13*  
*h*

*Il Servizio Ingegneria Clinica*

*Prot. n. NP/2013/1349*

*Oristano li, 05/08/2013*

**Alla Responsabile del Servizio Acquisti**

**Oggetto: trasmissione collaudo, di un sistema motorizzato Shaver fornita dalla ditta Sanifarm.** (Determina n. 1284 del 29/04/2013 Ordine BI-2013-62 del 08/05/2013)

Si trasmette copia del collaudo effettuato dalla ditta ATI Elettronica Biomedicale ed elettronica Professionale di:

- sistema motorizzato Shaver della ditta STORZ da destinare all'U.O. di Ortopedia del P.O. San Martino di Oristano.

**Ditta fornitrice Sanifarm**

Apparecchiatura	Costruttore	Modello	Matricola	Inventari IC
TRAPANO CHIRURGICO	STORZ	POWER SHAVER	GD063116	4063

Servizio Sanitario Regione Sardegna  
ASL n° 5 - ORISTANO  
Dipartimento Amministrativo  
Servizio Provveditorato

- 5 AGO 2013

Arrivato li \_\_\_\_\_  
prot. N. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**Esito del Collaudo "Positivo"**

Distinti saluti,

Il Responsabile del Servizio Ingegneria Clinica  
Ing. Marcello Serra



Servizio Ingegneria Clinica  
Ass. Tec. Valter Piga



Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 22 fogli



Il Servizio Ingegneria Clinica

Collaudo n. 109 / IC13 / VP

Oristano li, 02 Luglio 2013

C+1125  
12/07/13

Alla Cortese Attenzione  
ATI Elettr. Bio Medica e Elettr. Professionale  
referente Ing. Nicola Massidda

**Oggetto: Comunicazione affidamento collaudo di un sistema motorizzato Shaver.**

In riferimento al rinnovo del Contratto d'appalto stipulato in data 20/01/2011, Rep. ASL n° 2555 del 20/01/2011, si chiede di poter provvedere all'esecuzione del collaudo:

- sistema motorizzato Shaver della ditta STORZ da destinare all'U.O. di Ortopadia del P.O. San Martino di Oristano. Il sistema va ad integrare la colonna di endoscopia STORZ situata presso il Blocco operatorio del DEA.

DETERMINA 1284 29/04/13

Delibera D.G: n. 254 del 03/04/2013  
Riferimento ordine: BI-2013-62 del 08/05/2013

Ditta Fornitrice: Sanifarm  
Ref. Ditta fornitrice : Garini 3358382492

EMANUELE 338 7841862

Eventuale documentazione tecnica potrà essere richiesta presso il Servizio Provveditorato  
Referente Manuela Cocco

Si ricorda di prendere preventivamente i necessari contatti così come indicato nell'ordine allegato alla presente.

Distinti saluti,

Assistente Tecnico

Valter Piga



**Elettronica  
Bio Medicae srl**  
a company of TBS Group

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

Cliente: ASL N. 5

15542/CO

Data 12/07/13

## VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

### PREMESSO

PETERMINO  
Che con ordine/delibera n° 1284 del 29/04/13 la ASL N. 5 (OR), ha affidato  
alla Ditta SANIFARM la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4063</u>	<u>STORZ</u>	<u>TIRAPANO CHIRURGICO</u>	<u>POWER SHAYER</u> <u>2072.1020</u>	<u>G D063M6</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO NUOVO DEA presso la Struttura: BLOCCO OPERATORIO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 21/05/13 con bolla nr. 646 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 12/07/13 presso NUOVO DEA Blocco Op sono convenuti i signori:

ETIANUELE SCHIFFINI Incaricato DITTA FORNITRICE  
DOTT. RUIU Incaricato ASL N. 5  
ROSSI CLAUDIO Incaricato INGEGNERIA CLINICA  
SANDRA DEMORTAS Incaricato INGEGNERIA CLINICA

I componenti, 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 S. Demortas

Il Consegnatario del bene \_\_\_\_\_

Il referente Amministrativo dell'Azienda Annieke Puccini

Il Responsabile della ditta fornitrice Enrico Schifani

### 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



DA VALIDARE DA PARTE DI EBM  
Norme generali 62-05/EN 60601-1

004063

Firma del tecnico verificatore

Kit misura: CASCO 184

Data verifica

Scadenza taratura: 22/02/2014

12/07/13

Presidio: S. MARTINO Unità Operativa: NUOVO BLOCCO OP. Stanza: SALA OP 3  
 Tipo/classe: TRAPANO CHIRURGICO Costruttore: STORZ Modello: POWER STAPLER  
 Matricola: 620623116 Inv.: Cod. mod.: [ 11 ] Cod. stanza: D1011020271

Titolo di possesso:  [01] Proprietà  [02] Affitto/Noleggic  [03] Comodato d'uso  [04] Regalie  [05] Leasing  
 [06] Altri enti  [07] Uso gratuito  [08] Service  [09] Visione  [10] Università

Stato d'uso:  [01] Recente acquisto  [02] Buono  [03] Sufficiente  [08] Usurato  
 [07] Insufficiente  [04] Pessimo  [06] Fuori uso

Vetustà: Anno presunto di acquisto: [ 2013 ]

Configurazione:  [SIS] Apparecchio a sistema  [SIN] Singola  [MOD] Modulare  
 Scheda N.: [ 3853 ]

Installazione:  [M] Mobile  [F] Fissa  [AB] Batteria

Involucro:  [ISO] Plastico isolante  [S21] Conduttivo connesso a terra  [CNT] Conduttivo non connesso a terra

Targa dati  [NE] Inesistente  [ES] Esistente  [NA] Non accessibile

Reti Alimentazione: [ 220-240 ] V Frequenza: [ 50 ] Hz Potenza: [ 2,5 ]  [VA] [W]

Classe  [NR] Non riportata  [I] Classe I  [II] Classe II  [III] Classe III  [AI] Alimentazione interna

Tipo parti applicate  [NR] Non riportata  [B] Tipo B  [BF] Tipo BF  [CF] Tipo CF  [I] P10 tip

Protezioni anestetiche  [NR] Non riportata  [AP]  [APG]

Protezioni liquidi  [NR] Non riportata  [SPR] Spruzzi (IPX4)  [IMM] Immersione (IPX7)  [STI] Stiticcio (IPX1)

Prot. defibrillatore  [NR] Non riportata  [DEF]

Marchio:  [NR] Non riportata  [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL] [GS]  
 [SE] N° identificativo: [ 10123 ]

Prot. sovracorrenti:  [NR] Non riportata [ 2 ] x [ 2,5 ] (A)  [APR] x [ (A) ]

Morsetti: Equipotenzialità  [EQ]  [TF] Terra funzionale  [TS] Terra di protezione

Spina tipo  [P2] 2 poli  [P3] 3 poli  [P4] 4 poli  [SC] Schuko  [U] USA  [M] Magic  
 [CE] CEE  [AL] altre  [NA] Non accessibile  [IS] Interruttore sicuro  [FE] Feller

Spina marchio  [NR] Non riportata  [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]

Cavo tipo  [F] Fisso  [SE] Seperabile  [IN] Interbloccato  
 [BP] Bipolare  [T] Tripolare  [QP] Quadripolare  [PP] Pentapolare

Cavo marchio  [NR] Nessuno  [IMQ]  [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]

Connettore  [BP] Bipolare  [T] Tripolare

Altre alimentazioni  [NR] Nessuna  [VU] Vuoto  [N2] Azoto  [O2] Ossigeno  [AC] Aria compressa  
 [CC] Batterie  [GAS] Gas  [N2O] N<sub>2</sub>O  [H2O] Acqua  [VAP] Vapore  [CO2] Anidride Carb

Documentazione  [NI] Non indispensabile  [ND] Assente  [P] Pronta  [RE] Reperibile

Lingua  [I] Lingua Italiana  [GB] Inglese  [AL] Altra







**SANIFARM s.r.l.**

V.le Monastir 126/A

**09122 CAGLIARI**

Tel. 070/288350 Fax. 070/282339 E-Mail sanifarmsardegna@liscall.

Reg. Sec. Tribun. CAGLIARI n° 7115 - C.G.I.A.A. CAGLIARI n° 87129

C/O Postale n° 17625098 - Cod. Fisc. e Part. IVA : 00288560924

Tipo documento

Documento di trasporto (DDT)

Indirizzo di consegna

OSPEDALE S. MARTINO  
MAGAZZINO X S.O. ORTOPEDIA E TRAUM.  
VIA ROCKFELLER, 1  
ORISTANO (OR)

Intestatario documento

AZIENDA U.S.L. N.5

VIA CARDUCCI, 35  
09170 ORISTANO (OR)

P. IVA / COD. FISCALE: 00681110953

Nr. Documento	Data Documento	Pagina
546	20/05/13	1

RH.N APPARECCHIATURA STORZ CIG.ZEA099C42E

Va. ordine O.BI.2013.62

del 08/05/13

MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE X S.O.ORTOPED

consegna

Riferimento	Articolo	Descrizione	UM	Quantità
S207210201	01054282	POWER UNIT SL SCB <i>650023116</i>	PZ	1,00
S20012832	01054299	SERIE DI 3 PEDATE <i>ED 0208</i>	PZ	1,00
S28721045	01054857	MANIPOLO <i>28074 4140</i>	CF	1,00

Causale del trasporto <b>Vendita</b>	Consegna / porto <input checked="" type="checkbox"/> Mittente <input type="checkbox"/> Destinatario	Vettore
---	--	---------

Aspetto esteriore dei beni <b>Scatole</b>	Nr. Colli <i>02</i>	Peso colli	Data di trasporto <i>20/05/13</i>
--	---------------------	------------	-----------------------------------

Firma vettore	Firma conducente	Firma destinatario Sistema Sanitario Regione Sardegna Azienda Ospedaliera Località n. 5 Oristano Servizio Radiologia - Ginecologia Ass. Tec. Walter Figa
---------------	------------------	--

Note e variazioni alle condizioni di trasporto





---

**Servizio Ingegneria Clinica****PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto

**EMANUELE SCHIFFINI**

In qualità di Responsabile del Servizio di

**COLLAUDO**

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di SISTEMA NOTOIZZATO SHAYER 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:

Docente del Corso

In qualità di

della Ditta

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: LA DITTA FORNITRICE SI IMPEGNA AD ESEGUIRE LA FORMAZIONE IN DATA DA DEFINIRE CON DOT. RUIO - SALVATORE MANAI dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta SAKIFARIM (vedi programma di formazione allegato).

Per Il Fornitore

(firma)  

l'Amministrazione Contraente

(timbro e firma)

**Servizio Ingegneria Clinica****PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <b>EMANUELE SCHIFFINI</b>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <b>SANIFARM</b>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

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

Il seguente calendario degli Interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. **POWER SHAVER** numero di serie **GD063116** numero di Installazione **0004063**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON È STATA RICHIESTA NELLA DICHIARAZIONE DI
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	SCELTA UNA MANUTENZIONE PARTICOLARE A CURA
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	DELLA DITTA FORNITRICE
CONTROLLO FUNZIONALE	IN FASE DI COLLAUDO
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	IN FASE DI COLLAUDO
Verifica di sicurezza elettrica	
Verifica di sicurezza elettrica	

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

Per il Fornitore

(firma)

l'Amministrazione Contraente

(timbro e firma)



Product Service

# CERTIFICATO CE

**Sistema completo di garanzia di qualità**

(Allegato II, Paragrafo 3 della direttiva 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici)

**N° G1 08 06 11325 117**

**Fabbricante:**

**Karl Storz GmbH & Co. KG**

Mittelstr. 8  
78532 Tuttlingen  
Germania

**Stabilimento(i):**

Karl Storz GmbH & Co. KG  
Mittelstr. 8, D - 78532 Tuttlingen, Germania

**Categoria(e) di prodotti:**

- strumenti medicali e chirurgiche
  - strumenti attive e chirurgiche
  - clips implantabili per la chiusura delle tube
  - Implanti ossei (non attivi)
  - endoscope rigidi e flessibili per la diagnosi e la terapia
  - unità mediche attive ed unità chirurgiche ausiliarie
  - telecamere, unità ausiliarie per sistemi di immagine con radiazioni non ionizzanti
- [un esatto elenco dei vari gruppi di prodotto classe 2A e superiore viene riportato nel documento interno KARL STORZ QVB 048 nell'appendice VIII (versione aggiornata)]

L'organismo notificato TÜV SÜD Product Service GmbH con la presente certifica che il fabbricante sopra indicato ha implementato un sistema di garanzia di qualità per la progettazione, la produzione ed il controllo finale dei prodotti / delle categorie di prodotti interessati, in conformità all'allegato II, paragrafo 3 della direttiva 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici. Questo sistema di garanzia di qualità adempie le prescrizioni della suddetta direttiva ed è soggetto a sorveglianza periodica. Per l'immissione in commercio di dispositivi appartenenti alla classe III è necessario in aggiunta un certificato di cui all'allegato II.4. Vedere anche note sul retro.

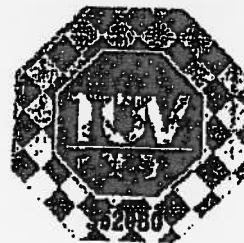
**N° del rapporto:**

71339362

**Valido fino al:**

2013-07-16

**Data:** 2008-07-21-



TÜV SÜD PRODUCT SERVICE GMBH è un organismo notificato ai sensi della Direttiva 93/42/CEE relativa ai dispositivi medici con il numero identificativo 0129.

Pagina 1 di 1

ZERTIFIKAT ◆ CERTIFICATE ◆ 認 証 証 書 ◆ CERTIFICADO ◆ CERTIFICAT



Management Service

# CERTIFICATO

L'Organismo di Certificazione  
del TÜV SÜD Management Service GmbH  
certifica che l'azienda

**Karl Storz GmbH & Co. KG**  
Mittelstraße 8  
D-78532 Tuttlingen

**Storz Endoskop Produktions GmbH**  
Schneckenackerstraße 1  
CH-8200 Schaffhausen

ha introdotto e applica un sistema di gestione per la qualità  
relativo al seguente campo di applicazione

**Progettazione e sviluppo, produzione, vendita,  
installazione e servizio di dispositivi medici attivi,  
dispositivi medici non attivi e impianti e dispositivi medici  
sterili ed anche endoscopi per la tecnica industriale**

Mediante un audit, rapporto n° 70054028

è stata conseguita la dimostrazione  
che le prescrizioni della norma

**ISO 9001:2008**

sono soddisfatte. Questo certificato è valido fino al 2013-05-31

N° di registrazione del certificato 12 100 14730 TMS



Monaco, 2010-06-17

QMS-TGA-ZM-07-92

ZERTIFIKAT ♦ CERTIFICATE ♦ CERTIFICADO ♦ CERTIFICAT  
ZERTIFIKAT ♦ CERTIFICATE ♦ CERTIFICADO ♦ CERTIFICAT  
ZERTIFIKAT ♦ CERTIFICATE ♦ CERTIFICADO ♦ CERTIFICAT

**Description technique**

Données techniques

**Descrizione tecnica**

Dati tecnici

**Descrição técnica**

Dados técnicos

**Conformité normative (pour 20721020-1)**

Selon la CEI 60601-1, UL 2601-1, CAN/CSA C22.2 N° 601.1-M90 :

- Type de protection anti-électrocution : catégorie de protection I
- Degré de protection anti-électrocution : équipement du type B



**Avertissement :** La pièce à main de shaver et la lame de shaver ne doivent pas entrer en contact avec le patient pendant des opérations chirurgicales H. F.

Selon la CEI 60601-1-2 :2001 :

Respecter les remarques concernant la compatibilité électromagnétique en annexe (p. 74 à 85).

**Conformité à la directive (pour 207210 20-1)**

Dispositif médical de la classe IIa

Ce dispositif médical présente le marquage CE de conformité, selon la Medical Device Directive (MDD) 93/42/CEE. Un code placé après le sigle CE de conformité fait référence à l'organisme responsable.

**Conformità con le norme (per 20721020-1)**

Ai sensi di IEC 60601-1, UL 2601, CAN/CSA C22.2 No. 601.1-M90:

- Tipo di protezione contro le scosse elettriche: Classe di protezione I
- Grado di protezione contro le scosse elettriche: Componente applicativo del tipo B



**Cautele:** Durante le operazioni con attrezzatura ad alta frequenza, il manipolo Shaver e la lama Shaver non devono entrare in contatto con il paziente.

In base a IEC 60601-1-2 :2001:

Rispettare le indicazioni sulla compatibilità elettromagnetica riportate nell'appendice (pagg. 74-85).

**Conformità alle direttive (per 207210 20-1)**

Prodotto medicale di classe IIa

Questo prodotto medicale è contrassegnato dal marchio CE in conformità della Medical Device Directive (MDD) 93/42/CEE. Se il marchio CE è seguito da un numero identificativo, tale numero indica l'ente notificatore preposto.

**Conformidade com as normas (para 207210 20-1): Segundo as normas CEI 60601-1, UL 2601, CAN/CSA C22.2 n.º 601.1-M90:**

- Tipo de protecção contra choques eléctricos: Classe de protecção I
- Grau de protecção contra choques eléctricos: Equipamento do modelo B



**Avisos:** Ao realizar operações de alta frequência, o punho e a lâmina do Shaver não podem entrar em contacto com o paciente.

Segundo a norma CEI 60601-1-2 :2001: Leia as notas relativas à compatibilidade electromagnética contidas no apêndice (pág. 74-86).

**Conformidade com as directivas (para 207210 20-1)**

Dispositivo médico da classe IIa

A este produto médico foi aposto o símbolo CE segundo a Medical Device Directive (MDD) 93/42/CEE. O número de identificação posposto à marcação CE identifica o organismo competente notificado.

**CE 0123**

**Documents techniques**

Sur demande, le fabricant fournit les schémas fonctionnels, les listes détaillées des pièces de rechange, les descriptions, les directives de réglage et autres documents dont il dispose et qui pourraient être utiles au personnel qualifié de l'utilisateur, habilité par le fabricant pour effectuer des réparations sur des pièces de l'appareil considérées par le fabricant comme réparables.

Le fait de disposer de documents techniques sur l'appareil ne signifie aucunement que le personnel technique, même qualifié, soit autorisé par le fabricant à ouvrir et à réparer l'appareil. Sont exclues de ces réserves les interventions décrites dans le texte du présent manuel.



**Remarque :** Nous nous réservons le droit d'effectuer des modifications de construction qui contribueraient au développement technique et à l'amélioration de nos appareils.

**Documentazione tecnica**

Su richiesta, il costruttore mette a disposizione schemi elettrici, elenchi dettagliati delle parti di ricambio, descrizioni, istruzioni di regolazione e altri documenti che possono essere utili al personale qualificato ed autorizzato dal produttore per la riparazione di parti dell'apparecchiatura giudicate riparabili dal costruttore.

Il possesso di documentazione tecnica per l'apparecchiatura non rappresenta, nemmeno per il personale tecnicamente addestrato, l'autorizzazione da parte del produttore ad aprire o riparare l'apparecchiatura. Sono esclusi gli interventi descritti nel presente manuale d'istruzioni.



**Nota:** Il produttore si riserva il diritto di apportare modifiche tecniche finalizzate allo sviluppo tecnico e al miglioramento dell'apparecchiatura.

**Documentação técnica**

A pedido, o fabricante disponibiliza esquemas elétricos, listas detalhadas e peças sobresselentes, descrições, instruções de regulação e outros documentos, necessários ao pessoal qualificado do utilizador e autorizado pelo fabricante para a reparação de partes do aparelho, que sejam consideradas pelo fabricante como sendo reparáveis.

A posse de documentação técnica relativa ao aparelho não significa ter autorização por parte do fabricante para abrir ou reparar o aparelho, nem mesmo que se trate de pessoas com conhecimentos técnicos.

Excluem-se, naturalmente, as intervenções descritas neste manual de instruções.



**Nota:** Reservamo-nos o direito de efectuar alterações de construção, no caso de estas contribuírem para o desenvolvimento e o aperfeiçoamento do aparelho.

Esercizio : 2013  
Stampato il 09/08/2013

## VERBALE DI PRESA IN CARICO

**Movimento definitivo:** UPZ5 - 2013 - 88 **del:** 12/07/2013  
**Descrizione:** carico cespiti da ricevimento  
**Dellibera:** 1284 **del:** 29/04/2013

### Descrizione dei cespiti

**Centro di Consegna:** D0804 - SALA OP. ORTOP. E TRAUMATOL. P.O. SAN MARTINO

**Ordine:** BI/2013/62

**Movimento:** M23/2013/2060

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/48654	1055168 - TRAPANO CHIRURGICO (US)	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	SANIFARM SRL	1-ACQUISTO	24 139,50
<b>Matricola:</b> GD063116	<b>Etichetta:</b> 48654				
<b>Cespiti:</b> 1				<b>Totale CdC:</b>	<b>24 139,50</b>

Allegato n° 3 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 1 fogli