

α Distretto Ales - TERRA LISA



Cod. 91821h
SERVIZIO BILANCIO
REGISTRO FATTURE
N° 5319 del 10.04.13

Spett.le 411 16945

AUSL 5 ORISTANO

Cod.
SERVIZIO BILANCIO
REGISTRO FATTURE
N° del

VIA CARDUCCI 35

09170 ORISTANO

OR

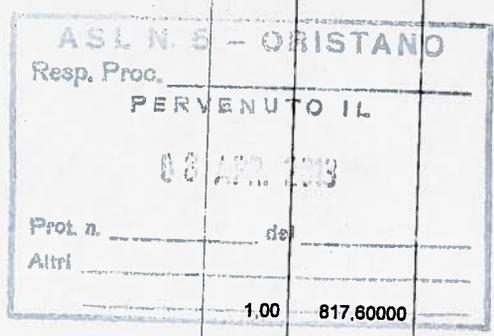
Partita IVA 00681110953

Documento	Numero	Data	Pagina
Fattura Differita (V)	285	29/03/2013	1

Agente	RIF. BOLLA	RIF. ORDINE
MEPA COCO STEFANO		

Valuta	Condizione Pagamento	Appoggio Bancario
Euro	R.D. 6 GG. D.F. ex D.Lgs 91/2012	

Codice Articolo	Descrizione Articolo	Um	Lotto / Scadenza	Q.ta	Prz. Unitario	Sconti	Importo Netto	C.I.
028MO350NBLU	DdT N. 826 DEL 28/03/2013 ORDINE MEPA 626209 13/3/2013 CIG:ZED08F8446 PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMI CONSEGNA POLIAMBULATORIO ALES CONTATTARE DR.SSA ZEDDA PER LUOGO E DATA CONSEGNA							
028MO355B	LETTO VISITA 1 SNODO ELET.VEGA BLU	PZ	05/2012	1,00	817,60000		817,60	21
028MO355B	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	PZ	99/99	1,00				
028MO350NV	DdT N. 827 DEL 28/03/2013 ORDINE MEPA 626209 13/3/2013 CIG. ZED08F8446 PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMI CONSEGNA POLIAMBULATORIO ORISTANO							
028MO355B	LETTO VISITA 1 SNODO ELET VEGA VERD	PZ	03/2012	2,00	817,60000		1.635,20	21
028MO355B	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	PZ	99/99	2,00				



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

Contributo CONAI assolto se dovuto

Sconto	C.IVA	Descrizione	Imponibile IVA	Importo IVA	Totale fattura
					* SEGUE *
		Totale			

Scadenza
Importo

Spett.le 411.16945

AUSL 5 ORISTANO

VIA CARDUCCI 35

09170 ORISTANO

OR

Partita IVA 00681110953

Documento	Numero	Data	Pagina
Fattura Differita (V)	285	29/03/2013	2

Agente	RIF. BOLLA	RIF. ORDINE
MEPA COCO STEFANO		

Valuta	Condizione Pagamento	Appoggio Bancario
Euro	R.D. 6 GG. D.F. ex D.Lgs 91/2012	

Codice Articolo	Descrizione Articolo	Um	Lotto / Scadenza	Q ta	Prz. Unitario	Sconti	Importo Netto	C.I.
028MO350NBLU	SEGUITO DOC. Nr 285 13 del 29/03/2013							
	DdT N. 828 DEL 28/03/2013							
	ORDINE MEPA 628209 13/3/2013							
	CIG: ZED08F8446							
	PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMI							
	CONSEGNS POLIAMBULATORIO DI SAMUG							
	CONTATTARE D.SSA URAS 3402706398							
	PER LUOGO E DATA CONSEGNA							
028MO355B	LETTO VISITA 1 SNODO ELET.VEGA BLU	PZ	05/2012	1,00	817,60000		817,60	21
	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MQ350	PZ	98/99	1,00				
	LUNEDI-VENERDI SOLO MATTINA							
	IL MARTEDI POMERIGGIO							
	DdT N. 829 DEL 28/03/2013							
	CONSEGNA REPARTO RADIOLOGIA							
	ORDINE MEPA 626209 13/3/2013							
	CIG. ZED08F8446							

Contributo CONAI assolto se dovuto

Sconto	C.IVA	Descrizione	Imponibile IVA	Importo IVA	Totale fattura
					* SEGUE *
		Totale			

Scadenza
Importo



Spett.le 411 16945

AUSL 5 ORISTANO

VIA CARDUCCI 35

09170 ORISTANO

OR

Partita IVA 00681110953

Documento	Numero	Data	Pagina
Fattura Differita (V)	285	29/03/2013	3

Agente	RIF. BOLLA	RIF. ORDINE
MEPA COCO STEFANO		

Valuta	Condizione Pagamento	Appoggio Bancario
Euro	R.D. 6 GG. D.F. ex D.Lgs 91/2012	

Codice Articolo	Descrizione Articolo	Um	Lotto / Scadenza	Q.ta	Prz. Unitario	Sconti	Importo Netto	C.I.
	SEGUITO DOC. Nr 285 13 del 29/03/2013							
028MO350NBLU	PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMI							
028MO355B	LETTO VISITA 1 SNODO ELET.VEGA BLU	PZ	05/2012	3,00	817,60000		2.452,80	21
	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	PZ	99/99	3,00				
	TEMPI DI CONSEGNA 20 GG LAV.							
	X ACCORDI SULLA DATA DI CONSEGNA E							
	IL LUOGO CONTATTARE IL SIG. MOCCI							
	AL 347/4672508							

Contributo CONAI assolto se dovuto

Sconto	C.IVA	Descrizione	Imponibile IVA	Importo IVA	Totale fattura
	21	21%	5.723,20	1.201,87	6.925,07
		Totali	5.723,20	1.201,87	

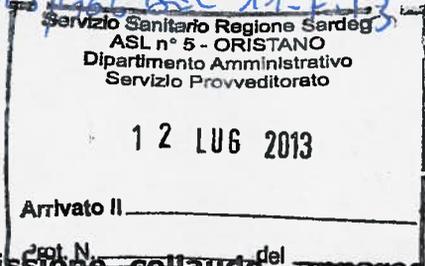
Scadenza 28/05/13
 Importo 6925,07



Il Servizio Ingegneria Clinica

Prot. n. *UP/2013/446 del 11-7-13*

Oristano li, 05 Luglio 2013

Coceo 12/7/2013Alla Resp. del Servizio Acquisti
Dr.ssa M.G. Demurtas*AM***Oggetto: trasmissione collaudo, apparecchiatura fornita dalla ditta Sanacilia Roma.** (Determina n.724 del 11/03/2013 Ordine BI-2013-34 del 12/03/2013)Si trasmette copia del collaudo effettuato dalla ditta ATI Elettronica Biomedicale ed Elettronica Professionale (*Collaudo n. 108 /IC13/VP del 11/06/2013*) di:

- n. 3 letti elettrici da visita, da destinare all'U.O. di Radiologia DEA del P.O. San Martino di Oristano.
- n. 2 letti elettrici da visita, da destinare al Poliambulatorio di Oristano
- n. 1 letto elettrico da visita, da destinare al Poliambulatorio di Samugheo
- n. 1 letto elettrico da visita, da destinare al Poliambulatorio di Ales

Dati TecniciAllegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 39 fogliDitta fornitrice **Sanacilia Roma**

Destinazione	Apparecchiatura	Costruttore	Modello	Matricola	Inventari IC
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	90	4038
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	75	4039
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	87	4040
Poliamb. Oristano	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N V	15	4043
Poliamb. Oristano	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N V	13	4044
Poliamb. Samugheo	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	92	4042
Poliamb. Ales	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	90	4041

Esito del collaudo

- Per n. 6 Letto da visita, il collaudo tecnico funzionale, la formazione e le verifiche di sicurezza elettriche hanno dato eseguito **"Esito Positivo"**
- Per n. 1 Letto da visita, il collaudo tecnico funzionale ha dato **"Esito Negativo"** in quanto come da verbale EBM n. 15537/CO del 20/06/2013, il letto presenta un piede in plastica rotto.

CONCLUSIONI

- Le apparecchiature sono attualmente in uso, tranne il letto matr. 90 della radiologia del DEA in quanto uno utilizzabile causa Esito Negativo del collaudo.

Distinti saluti,

Direttore del Servizio Ingegneria Clinica

Ass.Tec. Valter Piga

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc.

09170 Oristano

Tel 0783317338-Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Ing. Marcello Serra

Pag. 1 di 1



Il Servizio Ingegneria Clinica

Prot. n. NP/2013/466 DEL 11 LUG. 2013 Oristano lì, 05 Luglio 2013

Alla Resp. del Servizio Acquisti
Dr.ssa M.G. Demurtas**Oggetto: trasmissione collaudo, apparecchiatura fornita dalla ditta Sanacilia Roma.** (Determina n.724 del 11/03/2013 Ordine BI-2013-34 del 12/03/2013)

Si trasmette copia del collaudo effettuato dalla ditta ATI Elettronica Biomedicale ed Elettronica Professionale (Collaudo n. 108/IC13/VP del 11/06/2013) di:

- n. 3 letti elettrici da visita, da destinare all'U.O. di Radiologia DEA del P.O. San Martino di Oristano.
- n. 2 letti elettrici da visita, da destinare al Poliambulatorio di Oristano
- n. 1 letto elettrico da visita, da destinare al Poliambulatorio di Samugheo
- n. 1 letto elettrico da visita, da destinare al Poliambulatorio di Ales

Dati TecniciDitta fornitrice **Sanacilia Roma**

Destinazione	Apparecchiatura	Costruttore	Modello	Matricola	Inventari IC
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	90	4038
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	75	4039
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	87	4040
Poliamb. Oristano	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N V	15	4043
Poliamb. Oristano	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N V	13	4044
Poliamb. Samugheo	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	92	4042
Poliamb. Ales	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	90	4041

Esito del collaudo

- Per n. 6 Letto da visita, il collaudo tecnico funzionale, la formazione e le verifiche di sicurezza elettriche hanno dato eseguito **"Esito Positivo"**
- Per n. 1 Letto da visita, il collaudo tecnico funzionale ha dato **"Esito Negativo"** in quanto come da verbale EBM n. 15537/CO del 20/06/2013, il letto presenta un piede in plastica rotto.

CONCLUSIONI

- Le apparecchiature sono attualmente in uso, tranne il letto matr. 90 della radiologia del DEA in quanto uno utilizzabile causa Esito Negativo del collaudo.

Distinti saluti,

Direttore del Servizio Ingegneria Clinica

Ass.Tec. Valter Piga

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Ing. Marcello SerraVia Rockefeller snc.
09170 Oristano
Tel 0783317338-Fax 0783779102
www.asloristano.it
E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1

X VALTER



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Il Servizio Ingegneria Clinica

Collaudo n. 108_/IC13/VP

CHISSA CON RISERVA
Oristano li, 11 Giugno 2013
VEDI COLLAUDO
NOME DEL
ORISTANO

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

Oggetto: Comunicazione affidamento collaudo di n. 7 letti elettrici da visita.

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:

- n. 3 letti elettrici da visita, da destinare all'U.O. di Radiologia DEA del P.O. San Martino di Oristano.
- n. 2 letti elettrici da visita, da destinare al Poliambulatorio di Oristano
- n. 1 letto elettrico da visita, da destinare al Poliambulatorio di Samugheo
- n. 1 letto elettrico da visita, da destinare al Poliambulatorio di Ales

Determina Servizio Provveditorato :n. 724 del 11/03/2013
Riferimento ordine: BI-2013-34 del 12/03/2013

Ditta Fornitrice: Sanacilia Roma
Ref. Ditta fornitrice : Alessandro Musu

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

ASL 5 Oristano

Direttore del Servizio
Ingegneria Clinica
Dr. Ing. Barbara Podda

Via Rockefeller snc.
09170 Oristano
Tel 0783317338-Fax 0783779102
www.asloristano.it
E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

Ai sensi della direttiva 93/42/CEE

La MORETTI SpA dichiara sotto la sua esclusiva responsabilità che i prodotti fabbricati ed immessi in commercio dalla stessa MORETTI SpA. e facenti parte della famiglia

LETTI DA VISITA ELETTRICI

Sono conformi alle disposizioni applicabili della direttiva

93/42/CEE sui DISPOSITIVI MEDICI
così come modificata dalla direttiva 2007/47

Ed ai seguenti standard internazionali

- UNI CEI EN ISO 14971:2009** Applicazione della gestione dei rischi dei dispositivi medici
- UNI EN 980:2009** Simboli grafici utilizzati per l'etichettatura dei dispositivi medici
- UNI EN 1970:2006** Letti regolabili per persone disabili
- CEI EN 60601-2-38:1999+A1:2001** Norme particolari di sicurezza di letti per ospedale azionati elettricamente.

A tal scopo la MORETTI SpA. garantisce e dichiara sotto la propria esclusiva responsabilità quanto segue :

1. I dispositivi in oggetto soddisfano i requisiti essenziali richiesti dall'allegato I° della direttiva 93/42/CEE come prescritto dall'allegato VII° della suddetta direttiva.
2. L'elenco completo dei dispositivi in oggetto viene indicato nell'Allegato A della presente dichiarazione.
3. I dispositivi in oggetto **NON SONO STRUMENTI DI MISURA.**
4. I dispositivi in oggetto **NON SONO DESTINATI AD INDAGINI CLINICHE.**
5. I dispositivi in oggetto vengono commercializzati in confezione **NON STERILE.**
6. I dispositivi in oggetto sono da considerarsi come appartenenti alla classe I°.
7. La MORETTI SpA mantiene e mette a disposizione delle Autorità Competenti, per un periodo di almeno 8 anni dalla data di fabbricazione dell'ultimo lotto, la documentazione tecnica comprovante la conformità alla Direttiva 93/42/CEE.

Cavriglia, 16/01/2012

MORETTI SpA

ALLEGATO A - ELENCO DISPOSITIVI MEDICI**Famiglia : LETTI DA VISITA ELETTRICI**

Codice	Descrizione
MO350X	LETTO DA VISITA ELETTRICO VEGA UNO SNODO
MO351X	LETTO DA VISITA ELETTRICO VEGA UNO SNODO SU RUOTE
MO360X	LETTO DA VISITA ELETTRICO VEGA UNO SNODO LARGE
MO361X	LETTO DA VISITA ELETTRICO VEGA UNO SNODO LARGE SU RUOTE



Spett.le
AUSL 5 ORISTANO

Con la presente la sottoscritta Cristiana Fillo nata a Roma il 23/12/1971, codice fiscale FLLCST71T63E734J, nella qualità di Legale Rappresentante e Amministratore Unico della Società Sanacilia S.r.l.

DELEGA

Il Sig. Alessandro Musu nato a Oristano il 26/04/1986 ad effettuare il montaggio e collaudo dei lettini da visita oggetto dell'ordine n°626209 per conto della Società. Le prestazioni del sig. Alessandro Musu verranno eseguite con le seguenti modalità:

- n°3 letti di colore blu al Corpo DEA del P.O. San Martino;
- n°2 letti di colore verde al Poliambulatorio di Oristano;
- n°1 letto al Poliambulatorio di Ales;
- n°1 letto al Poliambulatorio di Samugheo.

Le prestazioni sopra menzionate s'intendono svolte a titolo gratuito.

In fede

SANACILIA S.r.l.
l'Amministratore Unico



Spett.le
AUSL 5 ORISTANO

Con la presente la sottoscritta Cristiana Fillo nata a Roma il 23/12/1971, codice fiscale FLLCST71T63E734J, nella qualità di Legale Rappresentante e Amministratore Unico della Società Sanacilia S.r.l.

DELEGA

Il Sig. Alessandro Musu nato a Oristano il 26/04/1986 ad effettuare il montaggio e collaudo dei lettini da visita oggetto dell'ordine n°626209 per conto della Società. Le prestazioni del sig. Alessandro Musu verranno eseguite con le seguenti modalità:

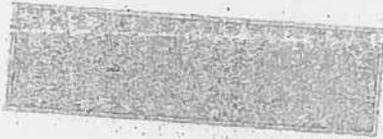
- n°3 letti di colore blu al Corpo DEA del P.O. San Martino;
- n°2 letti di colore verde al Poliambulatorio di Oristano;
- n°1 letto al Poliambulatorio di Ales.

Le prestazioni sopra menzionate s'intendono svolte a titolo gratuito.

In fede

DATA DI SCADENZA
23 DIC 2023

AU7134427



REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI
ROMA

CARTA D'IDENTITA'
N° AU7134427

DI
FILLO
CRISTIANA

Cognome **FILLO**
Nome **CRISTIANA**
nato il **23/12/1971**
(atto n. **00401** p. **2** s. **A00**)
a **LUINO (VA)**
Cittadinanza **ITALIANA**
Residenza **ROMA**
Via **VIA AGATONE N.16 SC.UN**
Stato civile **C.TA CILIBERTO**
Professione **IMPIEGATA**

CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI

Statura **1,57**
Capelli **Blondi**
Occhi **Verdi**
Segni particolari **=====**



Firma del titolare 
ROMA il **16 MAG 2013**
IL SINDACO

Imposta del dato
Indice sinistro

**Istruttore Amm.vo
Ronconi Antonella**





**Electronica
Bio Medical**
a company of TESI ELECTRONICA

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

Cliente: ASL N° 5 CRISTANO

15537/CO
Data 20/06/13

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

DETERMINO
Che con ordine/delibera n° 724 del 11/03/13 la ASL N° 5 (CR) ha affidato
alla Ditta SANACILIA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>0004038</u>	<u>FIORETTI</u>	<u>LETTINO DA VISITA ELETTRIFICATO</u>	<u>HO350N BLU</u>	<u>0000090</u>
<u>0004039</u>	<u>"</u>	<u>"</u>		<u>0000075</u>
<u>0004040</u>	<u>"</u>	<u>"</u>		<u>0000087</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO RADIOLOGIA DEA presso la Struttura: S. MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 08/04/13 con bolla nr. 829 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 20/06/13 presso RADIOLOGIA DEA sono convenuti i signori:

ALESSANDRO MUSO Incaricato DITTA FORNITRICE
DOT. FLOCCI H. Incaricato ASL N° 5
ROSSI CLAUDIO Incaricato ING. CLINICA
 Incaricato _____

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;

CON RISERVA

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 * IL LETTINO MAT 0000090 HA UN PIEDE IN PLASTICA SPACCIATO.

_____ detto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Signature]
 Consegnatario del bene _____
 referente Appalto dell'Azienda [Signature]
 Responsabile della ditta fornitrice [Signature]

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



ELETTRONICA BIO MEDICALE srl
Via F. Bettini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32861 - Fax 0742/326632
www.ebm.it - info@ebm.it

a company of TBS Group

Cliente: **ASL N° 5 ORISTANO**

54027 IAP

DATA

20/06/2013

Tecnico **C. ROSI** Data e ora Inizio Lavori **20/06/13** Data e ora Fine Lavori _____ Ore Viaggio _____
 Cliente **ASL N° 5 ORISTANO** Presidio **ROSA P.O. S' MARTINO**
 U.O. **RADIOLOGIA DEB** Stanza **MOD/T0064** Impegnativa (numero e data) **VS (1) - CF (1) - MP (1)**

DESCRIZIONE PRESTAZIONI

VS VERIFICA DI SICUREZZA
CF CONTROLLO FUNZIONALE
MP MANUTENZIONE PREVENTIVA

N° Invent.	Classe / Tipo	Produtt. / Costruttore	Modello	Matricola	VS	CF	MP
0004038 note	LETTO ELETTRIF. DA VISITA	RORETTI	MOZZONBU	00090	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	IL LETTINO È				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	CON UN				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	PIEDE				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	STACCATO				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	INFORNATA LA				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	FOTO E MAIL				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	COLLAUDO CHIUSO				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note	CON RISERVA				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
note					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MATERIALI IMPIEGATI

N° Inventario	Provenienza	A carico	Cod. Mater.	Descrizione	Q.tà
				Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano P.O. San Martino S.C. di Radiologia Direttore Dr. Marcello Macci	

Si certifica che l'intervento è stato eseguito a regola d'arte ed è stato garantito il mantenimento del livello di sicurezza iniziale

Firma del tecnico

Timbro e firma dell'utente (Per accettazione)

Nome in stampatello leggibile del firmatario **ALESSANDRO MACEI**

Ultrasedi:
 Friuli Venezia Giulia: 4149 Trieste IREA Science Park, S. V. adriaciano, 99 - Tel. 040 92291
 Veneto: 36100 Vicenza Via Zamenhof, 200 Tel. 0444 914700
 Lombardia: 20063 Cernusco S/N (MI) Via Torino, 30 Tel. 02 92628211
 Toscana: 50136 Firenze Via Aretina, 167M Tel. 055 5351809 52100 Arezzo Via Donat Cattin, 83 Tel. 0575 354940
 Campania: 81020 Capodrise (CE) Via Petrarca, 3 Tel. 0823 834979
 Sicilia: 95025 Aci S. Antonio (CT) Via Pulica, 19 Tel. 095 800130



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

a company of

Cliente: AS2 N 3 CRISTANO



N° 1420/CA
Data 20/06/13

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
0004038	LETTINO ELETTRICO DA VISITA	RORETTI	M0350 N BLU	0000090
0004039	"	"	"	0000075
0004040	"	"	"	0000087

Da assegn. alla Struttura S' MARTINO all' U.O./SERVIZIO RADIOLOGIA DEB Ubic. stanza cod. 0100.T004

Provenienti da: DETERMINA Delibera n° 724 del 11/03/13
 Ordine n° BI-2013-34 del 12/03/2013
 DDT n° 829 del 28/03/13
 FATTURA n° _____ del _____

TITOLO DI POSSESSO: PROPRIETA' LEASING VISIONE
 AFFITTO SERVICE PROP. ALTRI ENTI
 COMODATO D'USO DONAZIONE

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica
[Signature]

TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O. / SERVIZIO
(per accettazione)
[Signature]




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

N. Scheda
0006038

Firma del tecnico verificatore

Kit misura: CASO0484

Scadenza taratura: 22-02-14

Data verifica

29/06/13

Identificazione: **S. ILLIARDINO** Unità Operativa: **NUOVO SPA RADIOLO** Stanza: **Blocco RADIOLOGIA**
 Classe: **LET. ELETTRICO A VISTA** Costruttore: **MORETTI** Modello: **M0350NBLU**
 Numero: **00000090** Inv.: _____ Cod. mod.: []/[] Cod. stanza: **1101/10064**

Modalità di possesso: Proprietà Affitto/Noleggio Comodato d'uso Regalie Leasing
 Altri enti Uso gratuito Service Visione Università

Condizione d'uso: Recente acquisto Buono Sufficiente Usurato
 Insufficiente Pessimo Fuori uso

Età: Anno presunto di acquisto: [**2013**]

Configurazione: SIS] Apparecchio a sistema SA] Singola MOD] Modulare
 Schede N.: [] [] [] [] [] []

Installazione: NP] Mobile IP] Fissa AB] Batteria

Isolamento: ISO] Plastico isolante CCT] Conduttivo connesso a terra CNT] Conduttivo non connesso a terra

Caratteristiche: NE] Inesistente ES] Esistente NA] Non accessibile

Alimentazione: **220.240** V Frequenza: **50** Hz Potenza: [**600mA**] [A] [VA] [W]

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

Parti applicate: NR] Non riportata B] Tipo B BF] Tipo BF CF] Tipo CF P] Più tipi

Parti anestetiche: NR] Non riportata AP] APG]

Parti liquidi: NR] Non riportata SPR] Spruzzi (IPX4) IMM] Immersione (IPX7) STI] Stillicidio (IPX1)

Defibrillatore: NR] Non riportata DEF]

Protezioni: NR] Non riportata IMQ] VDE] TUV] S+] CSA] AL] GS]

Protezioni sovrapotenziali: NR] Non riportata [] x [] (A) Altre Protezioni [APR] x [] (A)

Caratteristiche: NR] Non riportata EQ] Equipotenzialità TF] Terra funzionale TS] Terra di protezione

tipologia: 2 poli P3] 3 poli P4] 4 poli SCH] Schuko U] USA M] Magic
 CE] CEE AL] altre NA] Non accessibile IS] Interruttore sicuro FE] Feller

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

tipologia: F] Fisso SE] Separabile IN] Interbloccato

poli: BP] Bipolare TP] Tripolare QP] Quadripolare PP] Pentapolare

marchio: NR] Nessuno IMQ] VDE] TUV] S+] CSA] AL]

Alimentazione: NR] Nessuna VU] Vuoto N2] Azoto O2] Ossigeno AC] Aria compressa
 CC] Batterie GAS] Gas N2O] N2O H2O] Acque VAP] Vapore CO2] Anidride Carbon.

Caratteristiche: NI] Non indispensabile ND] Assente PR] Pronta RE] Reperibile

Lingua: IT] Lingua italiana GB] Inglese AL] Altra

11M203



Documento di trasporto (D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996 Numero 829 del 28/03/13 Pag. 1

Cliente AUSL 5 ORISTANO VIA CARDUCCI 35 09170 ORISTANO Partita IVA 00681110953	411.16945 OR	Luogo di consegna AUSL 5 ORISTANO-CORPO DEA P.O. SAN MARTINO TEL 347/4672508 VIA ROCKFELLER 09170 ORISTANO OR
--	-----------------------------	--

Trasporto a mezzo VEICOLI	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto (data e ora)	Firma del conducente
------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------

Vettori			
Altitra ORTONI TRASPORTI S.P.A.	Residenza o domicilio VIA ROMANIA, 22 REGGIO EMILIA	Data e ora del ritiro 28/03/2013 10.49	Firma del conducente

Codice	Descrizione	Lotto	Scadenza Lotto	U.M.	Quantità
	CONSEGNA REPARTO RADIOLOGIA ORDINE MEPA 626209 13/3/2013 CIG. ZED08F8446 PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMUR				
MO350NBLU	LETTO VISITA 1 SNODO ELET. VEGA BLU	05/2012			
MO355B	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	99/99		PZ	3,00
	TEMPI DI CONSEGNA 20 GG LAV. X ACCORDI SULLA DATA DI CONSEGNA ED IL LUOGO CONTATTARE IL SIG. MOCCI AL 347/4672508			PZ	3,00

Porto esteriore dei beni FRANCO
Numero colli

Porto FRANCO
Firma destinatario <i>[Signature]</i>

Sede Legale: Viale Enrico Ortolani, 115/117 - 00125 Roma
 Tel. 06 52169671 - 5213471 Fax 06 5213479 www.sanacilia.it - info@sanacilia.it
 Partita IVA e Codice Fiscale 05639141000

8/6/13



Sped. 80756034/13 RM-CA
 Servizio ARTONI del 28/03/13



Artoni Trasporti SpA - Amministrazione
 Via Cisa 11, 42018 Gusatella (RE)
 Cap.Soc. 5.000.000 Euro iv
 P.IVA 02248020352 C.FIS. 02248020352
 Reg.I. RE02248020352 www.artoni.com
 N.iscrizione airaibo C/Terzi RE 4506824E
 Sede legale
 Via Romania 22 - 42124 Reggio Emilia
 Consegna effettuata da:
 Artoni Trasporti s.p.a.
 Via Marsilio, 5
 06028 Sesto (CA)
 Tel: 070238221 Fax 07022087
 e-mail: preavvisi@centrasportier.it

Mittente
 8100055973 - 704750
 SANACILIA SRL
 VIALE ENRICO ORTOLANI 115 117
 00125 ROMA RM
 DdT 829
 Classe: Porto Franco Codificato
 Autista RMN449 Inserito da: ALBERTO

Destinatario
 7102378871
 AUSL 5
 ROCKFELLER
 09170 ORISTANO (OR)
 56034
 009
 IT

Condizioni accessorie
 0 Avviso telefonico extraurb.(0)
 04 APR 2013

Note
 Avvisare telefonicamente al numero 3474672508

Dimensioni
 345 KG 3 colli 3,264 mc 3 banc 3 udc

Da compilare a cura del destinatario
 Data consegna _____ ora _____
 Firma destinatario senza riserve Reso bancali __ No,nr. __ SI,nr. __

Ditta ARTONI TRASPORTI S.P.A	Residenza o domicilio VIA ROMANIA, 22 REGGIO EMILIA	Data e ora del ritiro 28/03/2013 10.49	Firma del conducente
---------------------------------	--	--	----------------------

Codice	Descrizione	Lotto	Scadenza Lotto	U.M.	Quantità
	CONSEGNA REPARTO RADIOLOGIA ORDINE MEPA 626209 13/3/2013 CIG. ZED08F8446 PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMUR				
028MO350NBLU	LETTO VISITA 1 SNODO ELET.VEGA BLU	05/2012		PZ	3,00
028MO355B	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	99/99		PZ	3,00
	TEMPI DI CONSEGNA 20 GG LAV. X ACCORDI SULLA DATA DI CONSEGNA ED IL LUOGO CONTATTARE IL SIG. MOCCI AL 347/4672508				

Aspetto esteriore dei beni
 CARTONI
 Numero colli
 03

Porto
 FRANCO
 Firma destinatario

3/4/13

Sede Legale: Viale Enrico Ortolani, 115/117 - 00125 Roma
 Tel. 06 52169671 - 5213471 Fax 06 5213479 www.sanacilia.it - info@sanacilia.it
 Partita IVA e Codice Fiscale 05639141000



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto ALESSANDRO MUSU	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta SANACIUA	

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. **F10350N BLU** numero di serie **0000090/0000075/0000087** numero di installazione **00004038-00004039-00004040**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON PREVISTE MANUTENZIONI NEL PERIODO DI GARANZIA
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	IN SEDE 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)

Alessandro Musu

L'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



[Signature]

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

Il sottoscritto

ALESSANDRO MUSU

In qualità di Responsabile del Servizio di
TECNICO

SANACILIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di LETTINO ELETTRICO A VISITA 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: ALESSANDRO MUSU

Docente del Corso

In qualità di TECNICO AUTORIZZATO

della Ditta SANACILIA

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 20/06/13

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta SANACILIA (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

Alessandro Musu

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



**Elettronica
Bio Medical**
a company of Test Group

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

Cliente: ASL N°5 ORISTANO

15540/co
Data 20/06/13

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° DEFERIMIN 724 del 11/03/13 la ASL N°5 (OR) ha affidato alla Ditta SARACIUA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>0004043</u>	<u>MORETTI</u>	<u>LETTINO ELETTRIFICATO DA VISITA</u>	<u>M0350NV</u>	<u>0000015</u>
<u>0004044</u>	<u>"</u>	<u>"</u>	<u>"</u>	<u>0000013</u>

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO NEUROLOGIA / CHIRURGIA presso la Struttura: POLIAMBULATORIO ORISTANO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 28/03/13 con bolla nr. 827 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 21/06/13 presso POLIAMBULATORIO ORISTANO sono convenuti i signori:

FAIS MAURIZIO Incaricato ASL N° 5
Alessandro Musu Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSSI CLAUDIO Incaricato ING. CLINICA
 Incaricato _____

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 [Signature]
 Il Consegnatario del bene _____
 Il referente Amministrativo dell'Azienda [Signature]
 Il Responsabile della ditta fornitrice Alessandro Musu

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



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

a company of

Cliente:

AS N°5 ORISTANO

N°1423/CA

Data 21/06/13

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
00004043	LETTINO ELETTRICO IN VISITA	MORETTI	M0350NV	000015
0004044	LETTINO IN VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350NV	000013

Da assegn. alla Struttura POLIAMB. ORISTANO all' U.O./SERVIZIO AMBULATORIO NEURO CHIRURGIA Ubic. stanza cod. 0500/02006

Provenienti da: DETERMINA Delibera n° 724 del 11/03/13

Ordine n° BI-2013-34 del 12/03/13

DDT n° 827 del 28/03/13

FATTURA n° _____ del _____

TITOLO DI POSSESSO

PROPRIETA' LEASING VISIONE

AFFITTO SERVICE PROP. ALTRI ENTI

COMODATO D'USO DONAZIONE

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica

[Signature]

TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O. / SERVIZIO
(per accettazione)

[Signature]

SERVIZIO SANITARIO - REGIONALE
Azienda U.S.L. N°11 - ORISTANO (resp. U.O./SERVIZIO)
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO
MAXIMIZIO FAIS



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto **ALESSANDRO MUSU**

In qualità di Responsabile del Servizio di **TECNICO AUTORIZZATO**

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di **LETTINO ELETTRIFICATO a VISITA MOZZONV** 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: **ALESSANDRO MUSU**

Docente del Corso **IDEA**

In qualità di **TECNICO**

della Ditta **SANACILIA**

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: **21/06/13**

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta **SANACILIA** (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

Alessandro Musu

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

[Firma]

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE SARDEGNA
Azienda U.S.L. 1.9. ORISTANO
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>ALESSANDRO MUSU</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>SANAQUA</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. M0350NV numero di serie 000015/000013 numero di installazione 0004044 - 0004045

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>NON PREVISTA MANUTENZIONE PERIODICA NEL PERIODO DI</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>GRANZIA</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>IN FASE DI COLLAUDO</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>IN FASE DI COLLAUDO</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>

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

Per il Fornitore
(firma)

Alessandro Musu

L'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
Azienda S.L. N. 5 - ORISTANO
PCLIAMBULATORIO DI ORISTANO

[Firma]

449



Documento di trasporto (D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996 Numero 827 del 28/03/13 Pag. 1

Cliente AUSL 5 ORISTANO VIA CARDUCCI 35 09170 ORISTANO Partita IVA 00681110953	411.16945 OR	Luogo di consegna AUSL 5 ORISTANO POLIAMBULATORIO ORISTANO VIA MICHELE PIRA 48 09170 ORISTANO	OR
--	-----------------------------	---	----

Trasporto a mezzo AUTOTRASPORTATORE	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto (data e ora)	Firma del conducente
--	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------

Vettori			
Azienda ARTONI TRASPORTI S.P.A.	Residenza o domicilio VIA ROMANIA, 22 REGGIO EMILIA	Data e ora del ritiro 28/03/2013 10.46	Firma del conducente

Codice	Descrizione	Lotto	Scadenza Lotto	U.M.	Quantità
	ORDINE MEPA 626209 13/3/2013				
	CIG. ZED08F8446				
	PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMUJ				
	CONSEGNA POLIAMBULATORIO ORISTANO				
BMO350NV	LETTO VISITA 1 SNODO ELET.VEGA VERD	03/2012		PZ	2,00
BMO355B	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	99/99		PZ	2,00

230 Kg
80x80x170x2

Aspetto esteriore dei beni ARTONI
Numero colli 2

Porto FRANCO
Firma destinatario



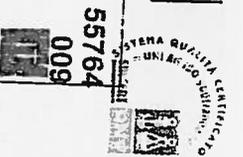
Trasporti
 Via Cava 11 - 00186 ROMA (RM) - Italia
 Cap. Soc. € 000.000 E. i.v.
 P. IVA 02246020362 C.F. 02246020362
 N. iscrizione tributo CT ord. n. 4508/2016
 Via Lancia 23 - 41124 Reggio Emilia
 C. Impresa agricola n. 0
 Art. 101 n. 101
 Via Monaldi 6 - 00186 ROMA (RM)
 Tel. 070334221 Fax 070220187
 E-mail: artoni@artoni.com

Condizioni: 300355019

Sped. 80755764/13 RM-CA
Servizio ARTONI del 28/03/13

Milite
 810005973 - 704750
 SANACILIA SRL
 VIALE ENRICO ORTOLANI 115 117
 00125 ROMA RM
 Ddt 827
 Classe: Porto Fram. 7 Codificato
 Autista RMN449 Ins. titolo di ALBERTO

Destinatario
 7102378810
 AUSL 5
 VIA MICHELE PIRA 48
 09170 ORISTANO (OR)



55764
 009

Note

Dimensioni
 230 KG 2 colli 2,176 mc 2 banc 2 udc

Da compilare a cura del destinatario

Firma destinatario senza riserve
 Data consegna ____ ora
 Raso bancali ____ No.n° ____ Sì.n° ____



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

N. Scheda
004043

Firma del tecnico verificatore
[Signature]

Kit misura: *CR800181*
Scadenza taratura: *22-02-14*

Data verifica
21/06/13

Indirizzo: *Pol. Ambulatorio CR* Unità Operativa: *Ambul. Neurologia* Stanza: *Ambulatorio*
Classe: *Letto elettrico a vista* Costruttore: *AORETTI* Modello: *M0350 NV*
Codice: *0000015* Inv.: _____ Cod. mod.: []/[] Cod. stanza: *001/02006*

di possesso :	<input checked="" type="checkbox"/> [04] 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
d'uso :	<input checked="" type="checkbox"/> [04] 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		
età :	Anno presunto di acquisto : <i>[2013]</i>				

durazione :	<input checked="" type="checkbox"/> [SIS] Apparecchio a sistema	<input type="checkbox"/> [SIN] Singola	<input type="checkbox"/> [MOD] Modulare
durazione :	Schede N.: [] [] [] [] [] []		
durazione :	<input checked="" type="checkbox"/> [MP] Mobile	<input type="checkbox"/> [P] Fissa	<input type="checkbox"/> [AB] Batteria
durazione :	<input type="checkbox"/> [ISO] Plastico isolante	<input type="checkbox"/> [CCT] Conduttivo connesso a terra	<input checked="" type="checkbox"/> [CNR] Conduttivo non connesso a terra

dati :	<input type="checkbox"/> [NE] Inesistente	<input checked="" type="checkbox"/> [ES] Esistente	<input type="checkbox"/> [NA] Non accessibile		
dati :	Alimentazione : <i>200-240</i> V Frequenza : <i>[50]</i> Hz Potenza : <i>[600m]</i> <input checked="" type="checkbox"/> [VA] [W]				
dati :	<input type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [I] Classe I	<input checked="" type="checkbox"/> [II] Classe II	<input type="checkbox"/> [III] Classe III	<input type="checkbox"/> [AI] Alimentazione interna
dati :	<input type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input checked="" type="checkbox"/> [B] Tipo B	<input type="checkbox"/> [BF] Tipo BF	<input type="checkbox"/> [CF] Tipo CF	<input type="checkbox"/> [I] Più tipi
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [AP]	<input type="checkbox"/> [APG]		
dati :	<input type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input checked="" type="checkbox"/> [SPR] Spruzzi (IPX4)	<input type="checkbox"/> [IMM] Immersione (IPX7)	<input type="checkbox"/> [STI] Stillicidio (IPX1)	
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [DEF]			
dati :	<input type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL] [GS]			
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [CS] N° identificativo : <i>[NI]</i>				
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	[] x [] (A)	Altre Protezioni	[APR] x [] (A)	

dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [EQ] Equipotenzialità	<input type="checkbox"/> [TF] Terra funzionale	<input type="checkbox"/> [TS] Terra di protezione		
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [2] 2 poli	<input type="checkbox"/> [P3] 3 poli	<input type="checkbox"/> [P4] 4 poli	<input checked="" type="checkbox"/> [SC] Schuko	<input type="checkbox"/> [U] USA	<input type="checkbox"/> [M] Maglc
dati :	<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	
dati :	<input type="checkbox"/> [NR] Non riportata	<input type="checkbox"/> [IMC] <input checked="" type="checkbox"/> [TUV] [S+] [CSA] [AL]				
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [F] Fisso	<input type="checkbox"/> [SE] Separabile	<input type="checkbox"/> [IN] Interbloccato			
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [B] Bipolare	<input type="checkbox"/> [TP] Tripolare	<input type="checkbox"/> [QP] Quadripolare	<input type="checkbox"/> [PP] Pentapolare		
dati :	<input type="checkbox"/> [NR] Nessuno	<input type="checkbox"/> [IMQ] <input checked="" type="checkbox"/> [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]				
dati :	<input type="checkbox"/> [BP] Bipolare	<input type="checkbox"/> [TP] Tripolare				
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [NR] Nessuna	<input type="checkbox"/> [VU] Vuoto	<input type="checkbox"/> [N2] Azoto	<input type="checkbox"/> [O2] Ossigeno	<input type="checkbox"/> [AC] Aria compressa	
dati :	<input type="checkbox"/> [CC] Batterie	<input type="checkbox"/> [GAS] Gas	<input type="checkbox"/> [N2O] N ₂ O	<input type="checkbox"/> [H2O] Acque	<input type="checkbox"/> [VAP] Vapore	<input type="checkbox"/> [CO2] Anidride Carbon.

dati :	<input type="checkbox"/> [NI] Non indispensabile	<input type="checkbox"/> [ND] Assente	<input checked="" type="checkbox"/> [PT] Pronta	<input type="checkbox"/> [RE] Reperibile
dati :	<input checked="" type="checkbox"/> [I] Lingua italiana	<input type="checkbox"/> [GB] Inglese	<input type="checkbox"/> [AL] Altra	



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

N. Scheda
0004044

Firma del tecnico verificatore

Rossi

Kit misura: CASO 184

Scadenza taratura: 22-02-14

Data verifica

21/06/13

Uffici:
 Indirizzo: POLA 13042 - CRISTIANO Unità Operativa: CHIRURGIA AMBULATORIO Stanza: AMBULATORIO
 Classe: LETINO ESTERIO A VIZIA Costruttore: MORETTI Modello: M0350NV
 Serie: 0000013 Inv: Cod. mod.: [] Cod. stanza: [050102004]

di possesso :	<input checked="" type="checkbox"/> Proprietà	<input type="checkbox"/> Affitto/Noleggic	<input type="checkbox"/> Comodato d'uso	<input type="checkbox"/> Regalie	<input type="checkbox"/> Leasing
	<input type="checkbox"/> Altri enti	<input type="checkbox"/> Uso gratuito	<input type="checkbox"/> Service	<input type="checkbox"/> Visione	<input type="checkbox"/> Università
l'uso :	<input checked="" type="checkbox"/> Recente acquisto	<input type="checkbox"/> Buono	<input type="checkbox"/> Sufficiente	<input type="checkbox"/> Usurato	
	<input type="checkbox"/> Insufficiente	<input type="checkbox"/> Pessimo	<input type="checkbox"/> Fuori uso		
à :	Anno presunto di acquisto : [2013]				

durazione :	<input checked="" type="checkbox"/> Apparecchio a sistema	<input type="checkbox"/> Singola	<input type="checkbox"/> Modulare
Schede N.:	[]	[]	[]
zione :	<input checked="" type="checkbox"/> Mobile	<input type="checkbox"/> Fissa	<input type="checkbox"/> Batteria
ro :	<input type="checkbox"/> ISO Plastico isolante	<input type="checkbox"/> CCT Conduttivo connesso a terra	<input checked="" type="checkbox"/> Conduttivo non connesso a terra

dati	<input type="checkbox"/> Inesistente	<input checked="" type="checkbox"/> Esistente	<input type="checkbox"/> Non accessibile
Alimentazione :	20-24 V	Frequenza : [50] Hz	Potenza : [600 m] [VA] [W]
	<input type="checkbox"/> Non riportata	<input type="checkbox"/> Classe I	<input checked="" type="checkbox"/> Classe II
		<input type="checkbox"/> Classe III	<input type="checkbox"/> Alimentazione interna
ari applicate	<input type="checkbox"/> Non riportata	<input checked="" type="checkbox"/> Tipo B	<input type="checkbox"/> Tipo BF
		<input type="checkbox"/> Tipo CF	<input type="checkbox"/> Più tipi
oni anestetici	<input checked="" type="checkbox"/> Non riportata	<input type="checkbox"/> [AP]	<input type="checkbox"/> [APG]
oni liquidi	<input type="checkbox"/> Non riportata	<input checked="" type="checkbox"/> Spruzzi (IPX4)	<input type="checkbox"/> Immersione (IPX7)
efibrillatore	<input checked="" type="checkbox"/> Non riportata	<input type="checkbox"/> [DEF]	
o :	<input type="checkbox"/> Non riportata	<input type="checkbox"/> [IMQ] [VDE] [TUV] [S+]	<input type="checkbox"/> [CSA] [AL] [GS]
	<input checked="" type="checkbox"/> N° identificativo : [N]		
ovracorrenti :	<input checked="" type="checkbox"/> Non riportata	[] x [] (A)	Altre Protezioni [APR] x [] (A)

ti :	<input checked="" type="checkbox"/> Non riportata	<input type="checkbox"/> Equipotenzialità	<input type="checkbox"/> Terra funzionale	<input type="checkbox"/> Terra di protezione
		<input type="checkbox"/> [EQ]	<input type="checkbox"/> [TF]	<input type="checkbox"/> [TS]
tipo	<input checked="" type="checkbox"/> 2 poli	<input type="checkbox"/> [P3] 3 poli	<input type="checkbox"/> [P4] 4 poli	<input checked="" type="checkbox"/> Schuko
	<input type="checkbox"/> [U] USA	<input type="checkbox"/> [M] Magic		
marchio	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> Non riportata	<input type="checkbox"/> [IMQ]	<input checked="" type="checkbox"/> [VDE]	<input type="checkbox"/> [TUV] [S+]
	<input type="checkbox"/> [CSA]	<input type="checkbox"/> [AL]		
poli	<input checked="" type="checkbox"/> Fisso	<input checked="" type="checkbox"/> Separabile	<input type="checkbox"/> [IN] Interbloccato	
marchio	<input checked="" type="checkbox"/> Bipolare	<input checked="" type="checkbox"/> Tripolare	<input type="checkbox"/> [QP] Quadripolare	<input type="checkbox"/> [PP] Pentapolare
	<input type="checkbox"/> [NR] Nessuno	<input type="checkbox"/> [IMQ]	<input checked="" type="checkbox"/> [VDE]	<input type="checkbox"/> [TUV] [S+]
	<input type="checkbox"/> [CSA]	<input type="checkbox"/> [AL]		
ttore	<input type="checkbox"/> [BP] Bipolare	<input type="checkbox"/> [TP] Tripolare		
limentazioni	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna	<input type="checkbox"/> [VU] Vuoto	<input type="checkbox"/> [N2] Azoto	<input type="checkbox"/> [O2] Ossigeno
	<input type="checkbox"/> [AC] Aria compressa	<input type="checkbox"/> [CC] Batterie	<input type="checkbox"/> [GAS] Gas	<input type="checkbox"/> [N2O] N ₂ O
	<input type="checkbox"/> [H2O] Acque	<input type="checkbox"/> [VAP] Vapore	<input type="checkbox"/> [CO2] Anidride Carbon.	

entazione	<input type="checkbox"/> Non indispensabile	<input type="checkbox"/> [ND] Assente	<input checked="" type="checkbox"/> Pronta	<input type="checkbox"/> [RE] Reperibile
	<input checked="" type="checkbox"/> Lingua italiana	<input type="checkbox"/> [GB] Inglese	<input type="checkbox"/> [AL] Altra	



**Electronica
Bio Medical**

a company of **THE GROUP**

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632

www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente:

ASL N°5 (OR)

15539/co

Data 21/06/13

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° DETERMINA 724 del 11/03/13 la ASL N°5 OR, ha affidato alla Ditta SPINACIJA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
0004042	MORETTI	LETTINO ELETTRICO DA VISITA	MU350NBUN	00000 92

Accessori

--	--	--	--	--

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. FISIOTRIA presso la Struttura: POU. AMB. SAMUGHEA

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 28/03/13 con bolla nr. 828 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 21/06/13 presso POU. AMB. SAMUGHEA sono convenuti i signori:

SALVATORE SEUS Incaricato ASL N°5
ALESSANDRO MUSU Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSSI CLAUDIO Incaricato ING. CLINICO
 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 _____

_____ detto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

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

I Consegnatario del bene _____

I referente ~~Azienda~~ dell'Azienda Salvatore Seus

I Responsabile della ditta fornitrice Alessandro Musu

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



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

a company of

Cliente:

ASL N°5 (OR)

ELETTRONICA PROFESSIONALI

N°1422/CA

Data 21/06/13

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
00004042	LETTO ESTERNO DA VISITA	MORETTI	MO350N3W	0000092

Da assegn. alla Struttura Poli SANUVA U.O./SERVIZIO FISIATRIA Ubic. stanza cod.: Mp. 1002

Provenienti da: Delibera n° 724 del 11/03/13
 Ordine n° BI-2013-34 del 12/03/2013
 DDT n° 828 del 28/03/13
 FATTURA n° _____ del _____

TITOLO DI POSSESSO

<input checked="" type="checkbox"/> PROPRIETA'	<input type="checkbox"/> LEASING	<input type="checkbox"/> VISIONE
<input type="checkbox"/> AFFITTO	<input type="checkbox"/> SERVICE	<input type="checkbox"/> PROP. ALTRI ENTI
<input type="checkbox"/> COMODATO D'USO	<input type="checkbox"/> DONAZIONE	

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica

TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O. / SERVIZIO
(per accettazione)

[Firma]

Nome in stampatello leggibile (resp. U.O./SERVIZIO)
SALVATORE SAUS



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto ALESSANDRO MOSU	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta SANACILIA	

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. MO350NBLU numero di serie 00000 92 numero di installazione 0004042

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON PREVISTE MANUTENZIONI NEL PERIODO IN
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	GARANZIA
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
CONTROLLO FUNZIONALE	IN SEDE DI COLLAUDO
CONTROLLO FUNZIONALE	—
CONTROLLO FUNZIONALE	—
Verifica di sicurezza elettrica	IN FASE 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)

Alessandro Mosu

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

SALVATORE SELIS

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N° 5 - DISTRETTO ORISTANO
POLLAMBULATORIO DI SAMUGHEO

Salvatore Selis



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	ALESSANDRO MUSU
In qualità di Responsabile del Servizio di	TECNICO SANACILIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di LETTINO ELETTRICO DA VISITA MOBILIZIABILE 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:

ALESSANDRO MUSU

Docente del Corso	IDEA
In qualità di	TECNICO AUTORIZZATO
della Ditta	SANACILIA

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 21/06/13

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta SANACILIA (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

Alessandro Musu

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

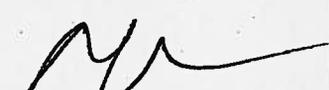
SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA
AZIENDA U.S.L. N.5 - DISTRETTO ORISTANO
POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO

SALVATORE
SELIS

Documento di trasporto (D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996 Numero 828 del 28/03/13 Pag. 1

Cliente AUSL 5 ORISTANO VIA CARDUCCI 35 09170 ORISTANO Partita IVA 00681110953	411.16945 OR	Luogo di consegna AUSL 5 ORISTANO POLIAMBULATORIO DI SAMUGHEO VIA DELLA PACE 09170 ORISTANO OR
--	-----------------	---

Trasporto a mezzo VETTORE	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto (data e ora)	Firma del conducente
------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------

Vettori			
Azienda ARTONI TRASPORTI S.P.A.	Residenza o domicilio VIA ROMANIA, 22 REGGIO EMILIA	Data e ora del ritiro 28/03/2013 10.47	Firma del conducente 

Codice	Descrizione	Lotto	Scadenza Lotto	U.M.	Quantità
ORDINE MEPA 626209 13/3/2013 CIG: ZED08F8446 PUNTO ORDINANTE MARIA GESUINA DEMUI CONSEGNS POLIAMBULATORIO DI SAMUGHE CONTATTARE D.SSA URAS 3402706398 PER LUOGO E DATA CONSEGNA					
3MO350NBLU	LETTO VISITA 1 SNODO ELET.VEGA BLU	05/2012		PZ	1,00
3MO355B	SUPPORTO PORTAROTOLO LETTO MO350	99/99		PZ	1,00
<i>DL</i> LUNEDI-VENERDI SOLO MATTINA IL MARTEDI ^{ANCHE} POMERIGGIO					

80x80x170
115kg

Aspetto esteriore dei beni ARTONI
Numero colli 1

Porto FRANCO
Firma destinatario

Trasporti
artoni
 Artoni Trasporti SpA - Amministrazione
 Via Oria 11, 42018 Guastalla (RE)
 Cap.Soc. 5.000.000 Euro Iv
 P.IVA 02248020352 C.FIS. 02248020352
 Reg.I. RE02248020352 www.artoni.com
 Iscrizione all'albo C/Terzi RE 4506824E
 Sede legale
 Via Romagna 22 - 42124 Reggio Emilia
 Consegna effettuata da:
 Artoni Trasporti s.p.a.
 Via Monestri, 8
 40228 Sestù (CA)
 Tel: 07022087 Fax 07022087
 mail: preavvisi@camtraasportieri.com

Sped. 80756103/13 RM-CA
Servizio ARTONI del 28/03/13



Mittente
 8100055973 - 704750
 SANACILIA SRL
 VIALE ENRICO ORTOLANI 115 117
 00125 ROMA RM
 DdT 828
 Classe: Porto Franco Codificato
 Autista RMN449 Inserito da: ALBERTO

Destinatario
 7102378890
 AUSL 5
 DELLA PACE
 09170 ORISTANO (OR)
56103
009
IT
DA PRENOTARE

Condizioni accessorie
 Avviso telefonico extraurb.(0)

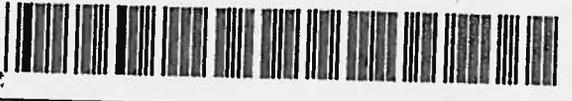
Note
 Avvisare telefonicamente al numero 3402706398

Dimensioni
 115 KG 1 colli 1,088 mc 1 banc 1 udc

Da compilare a cura del destinatario
 Data consegna _____ ora
 Firma destinatario senza riserve Reso bancali ___ No,nr. ___ SI,nr. ___

Trasporti
artoni
 Artoni Trasporti SpA - Amministrazione
 Via Oria 11, 42018 Guastalla (RE)
 Cap.Soc. 5.000.000 Euro Iv
 P.IVA 02248020352 C.FIS. 02248020352
 Reg.I. RE02248020352 www.artoni.com
 Iscrizione all'albo C/Terzi RE 4506824E
 Sede legale
 Via Romagna 22 - 42124 Reggio Emilia
 Consegna effettuata da:
 Artoni Trasporti s.p.a.
 Via Monestri, 8
 40228 Sestù (CA)
 Tel: 07022087 Fax 07022087
 mail: preavvisi@camtraasportieri.com

Sped. 80756103/13 RM-CA
Servizio ARTONI del 28/03/13



Mittente
 8100055973 - 704750
 SANACILIA SRL
 VIALE ENRICO ORTOLANI 115 117
 00125 ROMA RM
 DdT 828
 Classe: Porto Franco Codificato
 Autista RMN449 Inserito da: ALBERTO

Destinatario
 7102378890
 AUSL 5
 DELLA PACE
 09170 ORISTANO (OR)
56103
009
IT
DA PRENOTARE

Condizioni accessorie
 Avviso telefonico extraurb.(0)

Note
 Avvisare telefonicamente al numero 3402706398

Dimensioni
 115 KG 1 colli 1,088 mc 1 banc 1 udc

Da compilare a cura del destinatario
 Data consegna _____ ora
 Firma destinatario senza riserve Reso bancali ___ No,nr. ___ SI,nr. ___

80x80x170
 115kg

Collo esteriore dei beni
 ARTONI
 Numero colli

Porto
 FRANCO
 Firma destinatario

Sede Legale: Viale Enrico Ortolani, 115/117 - 00125 Roma
 Tel. 06 52169671 - 5213471 Fax 06 5213479 www.sanacilia.it - info@sanacilia.it
 Partita IVA e Codice Fiscale 05639141000



**Elettronica
Bio Medical** srl
a company of

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

Cliente:

ASL N 5 ORISTANO

15538/cp

Data 20/06/13

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° DETERMINA 724 del 11/06/13 la ASL N 5 OR, ha affidato alla Ditta SANACILIA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
00004041	MORETTI	LETTO ELETTRIF. DA VISITA	MO3EONBU	0000091
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. ORTOPEDIA presso la Struttura: POLIAMB. ALES

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data _____ con bolla nr. _____ 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 20/06/13 presso AMBUCLINICO ALES sono convenuti i signori:

MARIA CORONGIU Incaricato ASL N 5 OR
ALESSANDRO MUSU Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSSI CLAUDIO Incaricato INGEGNERIA CLINICA
 Incaricato _____

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 Re

Il Consegnatario del bene _____

Il referente Amm.vo dell'Azienda Gregorio Maria

Il Responsabile della ditta fornitrice Alessandro Musu

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



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

a company of

Cliente:

ASL N 5
ORISTANO

N° 1421/CA

Data 20/06/13

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
0000491	LETTINO ELETTRICO a VISITA	MORETTI	HO350NBU	0000091
<p>MANCA D.D.T.</p> <p>NON TROVATO IN REPARTO</p>				

Da assegn. alla Struttura POLICLIN. ALES all' U.O./SERVIZIO AMBULATORIO ORTOPEDIA Ubic. stanza cod.: OFOS 02011

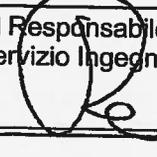
Provenienti da: DETERMINA Delibera n° 724 del 11/06/13
 Ordine n° BI-2013-34 del 12/03/13
 DDT n° _____ del _____
 FATTURA n° _____ del _____

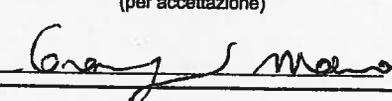
TITOLO DI POSSESSO

PROPRIETA'
 AFFITTO
 COMODATO D'USO

LEASING
 SERVICE
 DONAZIONE

VISIONE
 PROP. ALTRI ENTI _____

Il Responsabile delegato Servizio Ingegneria Clinica


TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O. / SERVIZIO (per accettazione)


Nome in stampatello leggibile (resp. U.O./SERVIZIO)
MARIA CORONGIU



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto ALESSANDRO MUSU	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta SANACILIA	

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. **MOZZON BLU** numero di serie **0000091** numero di installazione **0004041**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON PREVISTE MANUTENZIONI NEL PERIODO DI GARANZIA
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
CONTROLLO FUNZIONALE	IN SEDE 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)*Alessandro Musu*l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)*Corongiu*
CORONGIU

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

Il sottoscritto **ALESSANDRO MUSU**

In qualità di Responsabile del Servizio di **TECNICO SANACILIA**

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di LETTINO ELETTRICO DA VISITA 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: **ALESSANDRO MUSU**

Docente del Corso

In qualità di **TECNICO AUTORIZZATO**
della Ditta **SANACILIA**

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: **20/06/13**

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta SANACILIA (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

Alessandro Musu

L'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Coronbiu

MARIA
~~**CORONBIU**~~
CORONBIU



Il Servizio Ingegneria Clinica

Prot. n. NP/2013/2683

Oristano li, 20/09/2013

Alla Resp. del Servizio Acquisti
Dr.ssa M.G. Demurtas

Oggetto: scioglimento riserva del collaudo inviato al Servizio Acquisti protocollo NP/2013/466 del 05/07/2013.

In riferimento al collaudo in oggetto, si dichiara **scolta la riserva** in quanto il piede di appoggio è stato sostituito. Pertanto il lettino da visita sotto riportato risulta funzionante.

Destinazione	Apparecchiatura	Costruttore	Modello	Matricola	Inventari IC
Radiologia DEA OR	LETTO DA VISITA ELETTRICO	MORETTI	M0350 N BLU	90	4038

Distinti saluti,

Direttore del Servizio Ingegneria Clinica
Ing. Marcello Serra

Ass. Tec. Walter Piga

Esercizio : 2013
Stampato il 23/09/2013

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2013 - 117
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Delibera: 724

del: 20/09/2013

del: 11/03/2013

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: Q0206 - ASSIST. SPECIAL. AMB. DIRETTA POLIAMB.ORISTANO

Ordine: BI/2013/34

Movimento: M23/2013/2524

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/48767	83196 - LETTINO DA VISITA	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,30
Matricola: 15	Etichetta: 48767				
Note: AMBULATORIO NEUROLOGIA					
Z51/48768	83196 - LETTINO DA VISITA	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,30
Matricola: 13	Etichetta: 48768				
Note: AMBULATORIO CHIRURGIA					
Cespiti: 2				Totale CdC:	1 978,60

Allegato n° 3 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 4 fogli

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: S0206 - ASSIST. SPECIAL. AMB. DIRETTA POLIAMB. ALES

Ordine: BI/2013/34

Movimento: M23/2013/2524

Cespiti	Prodotto	Classe Mercologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/48769	83196 - LETTINO DA VISITA	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,30
Matricola: 91	Etichetta: 48769				
Note: AMBULATORIO ORTOPEdia					
Cespiti:	1			Totale CdC:	989,30

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: H0101 - DIPARTIMENTO MISTO DI DIAGNOSTICA PER IMMAGINI cc
Localizzazione: UASL5OR001 - OSP-SAN MARTINO ORISTANO

Ordine: BI/2013/34

Movimento: M23/2013/2523

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/48763 Matricola: 90	83196 - LETTINO DA VISITA Etichetta: 48763	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,30
Z51/48764 Matricola: 75	83196 - LETTINO DA VISITA Etichetta: 48764	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,30
Z51/48765 Matricola: 87	83196 - LETTINO DA VISITA Etichetta: 48765	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,30
Cespiti:	3			Totale CdC:	2 967,90

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: Q0207 - ASSIST. SPECIAL. AMB. DIRETTA POLIAMB.SAMUGHEO

Ordine: BI/2013/34

Movimento: M23/2013/2524

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/48766	63196 - LETTINO DA VISITA	051401 - Mobili e arredi Sanitari	SANACILIA S.R.L.	1-ACQUISTO	989,27
Matricola: 92	Etichetta: 48766				
Note: AMBULATORIO FISIATRIA					
Cespiti: 1				Totale CdC:	989,27