

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. n. 26703

ORISTANO 11 Aprile 2013

**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 06 78147709  
Tel 06 78392939**Spett.le Ditta Fisher&Paykel Healthcare**  
**Piazza Belle Arti,8**  
**00196 Roma**

Si chiede un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all' U.O. di Pediatria (reparto Nido IV piano) del P.O. San Martino di Oristano.

Apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
LETTO PER RIANIMAZIONE NEONATALE MOD. IW 932 COSY COT	040924000885 INV 223	MANUTENZIONE GENERALE VERIFICA TECNICO FUNZIONALE

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto: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 cell. 3487914507.**

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.**

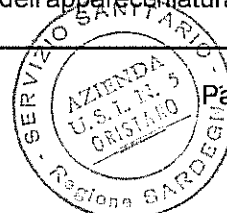
La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

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](mailto: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.

**ASL 5 Oristano**Servizio  
Ingegneria ClinicaVia Rockefeller snc  
09170 Oristano  
Fax 0783779102[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

Pag. 1 di 2

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 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

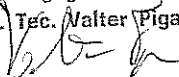
La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

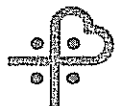
Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
Ing. Marcello Serra-



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





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°: \_\_\_\_\_ Data: 28/06/2013 Ora: \_\_\_\_\_Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.  
 I dati con l'asterisco sono obbligatori.

<b>Presidio *</b> OSP. S. MARTINO	<b>Unità Operativa/Poliambulatorio *</b> PAT. NEONATALE	<b>Edificio - Piano - Stanza *</b> IV° P.	
<b>N° Inventario *</b> 223	<b>Matricola *</b> 040926000885	<b>Descrizione apparecchiatura *</b> SOSTITUZIONE LAMPADINA LETTINO DI RIANIMAZIONE STANZA PATOLOGIA NEONATALE (NEOPUFF-RANIM.X NEONATI)	
<b>Codifica CIVAB</b>	<b>Ditta Manutentrice (se conosciuta)</b>	<b>Proprietà *</b> (Azienda/Service/Altri)	
<b>Persona di reparto da contattare *</b> Telefono/Fax *	<b>Garanzia *</b>	<b>Urgente *</b>	<b>Contratto *</b>
<b>Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*</b>			
<b>L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*</b>			
<b>Descrizione del Malfunzionamento:*</b>			

Referente di Struttura  
Organizzativa:\*

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Il Richiedente

**Parte riservata al Ricevente**

2<sup>a</sup> RICHIESTA



ASL Oristano

AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di intervento per manutenzione correttiva su dispositivi elettromedicali  
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie  
Parte 4: Manutenzione Correttiva  
PG 4.01 e PO 4.01

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: 5-2-13 Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102

Presidio P.O. SAN MARTINO	Struttura Organizzativa NEONATOLOGIA	Edificio - Piano - Stanza 4° PIANO	
N° Inventario	Matricola 00000 223	Descrizione apparecchiatura RESUSCI BABY	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice	Proprietà (Azienda/Service/Altri)	
Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax COORD. INFERMERISICO GIULIANA CARTE	Garanzia	Urgente <input checked="" type="checkbox"/>	Fermo Macchina
Descrizione del Malfunzionamento: SOSTITUZIONE LAMPADA			

Referente di Struttura Organizzativa:

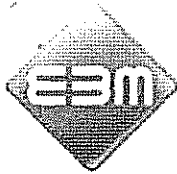
Sig. \_\_\_\_\_ Tel. 8060

Il Richiedente

*Giuliana Carte*

Parte riservata al Ricevente

N° Pratica		
------------	--	--



**Elettronica  
Bio Medica**

*Servizi di Ingegneria Clinica*

Spett.le

AZIENDA USL 5 DI ORISTANO

VIA CARDUCCI 35

09170, ORISTANO (OR)

Protocollo: **PRV/2013/009488**

Data Offerta: 05/09/2013

Scadenza:

**Oggetto: Preventivo di spesa Manutenzione Generale Letto x Rianimazione Neonatale  
Fisher & Paykel mod. IW 932 Cosy Cot**

**DETTAGLI BENE**

Descrizione App.	Ubicazione
Letto x Rianimazione Neonatale IW 932 Cosy Cot s/n 040924000885	c/o U.O.Pediatria P.O. S. Martino Oristano

In riferimento alla vostra gradita richiesta, siamo con la presente a rimettervi la nostra miglior offerta economica per le attività/forniture di seguito descritte:

**OFFERTE**

Tipologia	Descrizione	Quantità	Prezzo Unitario (IVA esclusa)
Verifiche Sicurezza (VS)	Verifica di sicurezza elettrica	1,000	25,00 €
Controlli Funzionali (CF)	Controllo Funzionale	1,000	75,00 €
Altro (ALT)	Manodopera	1,000	58,00 €

**TOTALE: € 158,00 + IVA (centocinquantotto + IVA)**

IVA: secondo la normativa vigente (esclusa da precedente offerta)

ASL N. 5 - ORISTANO  
Resp. Proc. 106. CLINICA  
PERVENUTO IL  
- 8 SET. 2013  
Prot. n. 64501 del  
Altri 17 SET. 2013

Cordiali saluti

OK 06/09/2013

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

Elettronica Bio Medica Srl  
Ing. Nicola Bruno

*[Handwritten Signature]*  
Elettronica Bio Medica srl  
Via Francesco Bellini, 13  
06034 FOLIGNO (PG)  
P.Iva 00527500540