

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 44431

Oristano lì, 19 Giugno 2013

OGGETTO: Richiesta **urgente** di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 06 22896246
Tel 06 22896231**Spett.le Ditta Linde Medicali srl**
Via Pio Semeghini,38
00155 Roma**Alla Cortese Att.ne sig. Fausto Bernardini**Si chiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'U.O. di Rianimazione del P.O. San Martino di Oristano .

Apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Comunicatore Oculare mod. Quick Glance TM3	-----	-manutenzione generale con verifica tecnico funzionale -installazione e formazione presso domicilio del paziente
L'apparecchiatura dovrà essere ritirata presso il Servizio Ingegneria Clinica del P.O. San Martino di Oristano in via Rockefeller,snc 09170 Oristano		
Per installazione e la formazione dell'apparecchiatura presso il domicilio del paziente dovete contattare il Resp. dell'U.O. di Rianimazione Dr. Domenico Cadeddu al 0783/317244		

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente della stessa Unità Operativa : per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

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

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda ricevuta l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare

il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

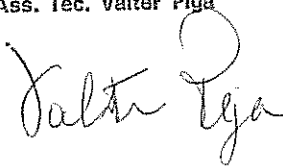
La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.

Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 60 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale.

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

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

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



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

Ing. Marcello Serra-



Da: <francesco.bernardini@it.linde-gas.com>
A: <ingegneriaclinica@asloristano.it>; <nicolo.orrù@asloristano.it>
Data invio: lunedì 14 ottobre 2013 15.36
Allega: 1851_001.pdf
Oggetto: Comunicatore oculare
Buonasera,

la presente per chiederVi l'autorizzazione/ordine per procedere alla fatturazione dell'intervento al comunicatore del sig. _____, di seguito la specifica dell'intervento:

€ 300,00 + IVA ritiro/consegna comunicatore e intervento in sede
€ 200,00 + IVA installazione e formazione presso il domicilio del paz. (€ 50,00 ora)

tot. € 500,00 + IVA

SI allega anche modulo dell'intervento al domicilio.

A disposizione per qualsiasi chiarimento porgo cordiali saluti.

Buon lavoro

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

Francesco Bernardini
Terapie Domiciliari Area Centro
Linde Medica S.r.l Via P. Semeghini, 38, 00155 Roma (RM) Italia
Cellulare 331.6648243 - Telefono: +39.06.22896-223, Fax: +39.06.22896-246.
francesco.bernardini@it.linde-gas.com, www.lindemedicale.it

Il presente messaggio è rivolto esclusivamente alla persona od al soggetto al quale è indirizzato e potrebbe contenere informazioni riservate o confidenziali. Chi legge questo messaggio senza esserne il destinatario è avvertito che trattenere lo stesso, divulgarlo, distribuirlo a persone diverse dal destinatario, ovvero copiarlo è severamente proibito. Ne sono proibiti qualunque modifica, inoltro o divulgazione a terzi e qualunque altro uso improprio e/o non autorizzato. Chiunque riceva questa mail per errore è pregato di distruggerla e di contattare il mittente. Grazie per la Vostra cortese comprensione.

This e-mail message is confidential to the intended recipient. Any unauthorised use, dissemination of the information, or copying of this message is prohibited. If You are not the intended recipient, kindly notify the sender by return e-mail and delete this message. Thanks for Your kind understanding.

14/10/2013

VERBALE DI MESSA IN ESERCIZIO DISPOSITIVI ELETTROMEDICALI

Dati identificativi ventilatore: Codice: _____
Marca modello: EMFACO TH3
Matricola/lotto: S/N PK390T000000C00315
Accessori: CARICABATTERIA STATIVO + SOFTWARE
Categoria: S/N TH3 S/N 9320623

all'utente è stata fornita formazione relativamente a:

- uso del ventilatore e degli accessori
- impostazione del ventilatore (parametri impostabili dal Paziente es: volume allarmi, impostazione rampa di accensione)
- modalità di pulizia del dispositivo e dei relativi accessori
- caratteristiche tecniche (durata batteria, ove prevista, memorizzazione dei dati, ...)
- segnalazione di allarme, come riconoscere il segnale fornito
- possibili anomalie e metodi di risoluzione
- compatibilità ambientale (pulizia e condizioni igieniche)
- individuazione del tipo di presa elettrica idonea per alimentazione dell'apparecchio e, in caso assenza di una idonea alimentazione, indicazione di lavori da effettuare.
- GR3 INIBITO ALI - GR3 PLUS 18,00

Altre verifiche effettuate:

INSTALLAZIONE OPEN OFFICE + AGG. GRIGUJA CON
NUOVA GRIGUJA - FORMAZIONE UTENTE E PATINAR

Dati Cliente

Ordine: _____ del _____
Ragione sociale: ASL ORUSTANO P. IVA: _____
Via: _____ N°: _____ Città: _____
Prov.: _____ Tel.: _____

Dati Assistito

Nome: _____
Indirizzo: _____ Città: BUSACAI Prov.: OR
ASL di app: _____

ESITO: POSITIVO NEGATIVO

Data: 06/08/2013
Firma: Per Linde Medicale: [Signature] Per assistito/cliente: [Signature]