



**COSMED Srl**

Via dei Piani di Monte Savello, 37A  
Albano Laziale (Roma) 00041 ITALY  
Tel: +39 06 931-5492  
Fax: +39 06 931-4580  
info@cosmed.com

cosmed.com

**37A S.L.N. 5 - ORISTANO**  
Resp. Proc. \_\_\_\_\_  
**PERVENUTO IL**  
**29 OTT. 2013**

**FATTURA**

NUMERO: INV13-02696  
DATA: 17/10/13

<b>Spedire a:</b> <b>Azienda U.S.L. N° 5</b>  Via Carducci, 41 angolo Via Foscolo  09170 Oristano OR ITALIA  Dipartimento Tel:  Contatto:		<b>Fatturare a:</b> <b>Azienda U.S.L. N° 5</b> (#9090)  Via Carducci, 35  09170 Oristano OR ITALIA  Dipartimento Tel: 0783 317781 Partita IVA: IT 00681110953 CF: 00681110953	
--	--	--	--

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA'	PREZZO	% Sc.	IMPORTO	IVA
	Spedizione Numero: DDT13-03629 del 16/10/13					
	Rif. Ordine Mepa 885081 del 30/09/2013 - Clg. ZB60B97545					
C09062-05-99	Pony FX MIP/MEP (Spirometro portatile)	1	2.200,00	4,54545	2.100,00	IVA22ED
	Nr. Serie: 2013100020					
A-182-300-004	Filtri Antibatterici (Cf. 50 Pz.)	1	95,00	36,84211	60,00	IVA22ED
C01805-01-98	Boccagli di Carta adulti (conf. 500 pz.)	1	52,00	47,30769	27,40	IVA22ED
A-196-058-001	Carta termica, Pony FX/Filmate L112 (cf. 10 Pz)	1	18,00	30	12,60	IVA22ED

**CONTRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO**

Rif. Ordine Cliente: Ordine BI-2013-114 Rif. E.F. - Serv. Provveditorato

Metodo di Spedizione	COO. IVA	DESCRIZIONE	% IVA	IMPONIBILE IVA	IMPORTO IVA
Franco Corriere ARTONI Aspetto: SCATOLA/BOX Colli: 4 Peso: 13,00	IVA22ED	IVA 22% Detraibile Esig. Diff.	22,00	2.200,00	484,00
<b>CONDIZIONI PAGAMENTO E SCADENZE</b> BONIFICO BANCARIO - 60 GIORNI DF - NET 60 DAYS		<b>BANCA:</b> Banca Nazionale del Lavoro IBAN: IT78X010053886000000000811 SWIFT CODE: BNLIITRR ABI: 01005 CAB: 38860 C/C: 00000000811		IMPONIBILE EURO 2.200,00	
Scaduti i termini verranno applicati gli interessi di mora previsti dalla legge fino alla data di emissione del mandato 16/12/13 2.684,00				<b>TOTALE EURO 2.684,00</b> S.E.&O	



**COSMED Srl**  
 Via dei Fiani di Monte Savallo, 37  
 Albano Laziale (Roma) 00041 ITALY  
 T +39 06 931-5492  
 F +39 06 931-4580  
 E info@cosmed.com  
 cosmed.com

**Documento di Trasporto**

DDT Nr. DDT13-03629  
 Data 16/10/13

Fatturare a:

Azienda U.S.L. N° 5

Via Carducci, 35  
 09170 Oristano OR  
 ITALIA  
 Dipartimento

Spedire a:

Azienda U.S.L. N° 5

Via Carducci, 41 angolo Via Foscolo  
 09170 Oristano OR  
 ITALIA  
 Dipartimento  
 Att.ne:

Va. Riferimento		Spedizioniere	Na. Riferimento	Data
Ordine BI-2013-114 Rif. E.F. - Serv. Provveditorato		ARTONI - Abb. #710988 - Tel. 06.968710	OR13-02764	02/10/13
CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	QUANTITA'		
	Rif. Ordine Mapa 885081 del 30/09/2013 - Cig. ZB60B87545			
C08082-05-98	Pony FX MIP/MEP (Spirometro portatile)	1		
	Nr. Seriale:	2013100020		
A-182-800-004	Filtri Antibatterici (Cf. 50 Pz.)	1		
C01805-01-98	Boccali di Carta adulti (conf. 500 pz.)	1		
A-196-056-001	Carta termica, Pony FX/Filmata L112 (cf. 10 Pz)	1		

*[Handwritten signature]*

*[Large handwritten signature]*

Azienda Sanitaria N° 5 - Oristano  
 Dott.ssa M. Grazia SCHINTU  
 Specialista in Malattie  
 dell'Apparato Respiratorio

*[Handwritten signature]*

Causale Vendita	Aspetto Esteriore SCATOLA/BOX	Inizio del Trasporto Date: 16/10/13 Ora:		
Vettore: ARTONI - Abb. #710988 - Tel. 06.96871005		Nr. Colli 4	Peso Lordo 13	Firma del Conducente <i>[Signature]</i>
Note		Filtra: Data	Ora	Firma del Vettore <i>[Signature]</i>
		Porto Franco		Firma del Destinatario <i>[Signature]</i>



**Electronica  
Bio Medica** srl  
a company of TBS Group

Via F. Bettini, 13  
08034 FOLIGNO (Pg)  
Tel. 0742/32661  
Fax 0742/326632  
www.ebm.it  
info@ebm.it

Allegato n° 1 alla data 21/11/13  
Serv. Procedure n° 8 fogli

ASL 5 ORUSTANO

15587/CO

Data 21/11/13

## VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

### PREMESSO

Che con ordine/delibera n° B1-2013-11A del 25/09/2013 la ASL 5 ORUSTANO, ha affidato alla Ditta COSMED S.R.L. (0256) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4351</u>	<del>SPIROMETRO</del> <u>COSMED</u>	<u>SPIROMETRO</u>	<u>Pony TX MIP-MCP</u>	<u>201310020</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO ADI presso la Struttura: DIST. ORUSTANO VIA CARLUCCI / VIA FOSCOLO 41

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 16/10/13 con bolle nr. 13-03629 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/e di cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 21-11-13 presso ADI ORUSTANO sono convenuti i signori:

Alessandro Mancini Incaricato DHA FORNITRICE  
Roberto Sechi Incaricato ING. CLINICA  
Dolores Schintu Incaricato ASL 5 ORUSTANO  
 Incaricato \_\_\_\_\_

compresenti, 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:

X Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Signature]  
 Il Consegnatario del bene \_\_\_\_\_  
 X Il referente Amm.vo dell'Azienda [Signature]  
 X Il 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

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

Il sottoscritto SCHINTU MARIA GRAZIA

In qualità di Responsabile del Servizio di CURE DOMICILIARI (ADI)

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di \_\_\_\_\_ 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 ALESSANDRO MARCIUS

In qualità di RAPPRESENTANTE SARDEGNA

della Ditta COSTED

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 21/11/2013

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

Per il Fornitore  
(firma)L'Amministrazione Contraente  
Azienda Sanitaria N. 5 - Oristano  
Dott. Giuseppe Maria U  
Specialista in Malattie  
dell'Apparato Respiratorio



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

Il sottoscritto <u>ALESSANDRO MARGAS</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>COSTED</u>	

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. NON NECESSARI / PREVISI numero di serie \_\_\_\_\_ numero di installazione \_\_\_\_\_

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
Verifica di sicurezza elettrica	
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.

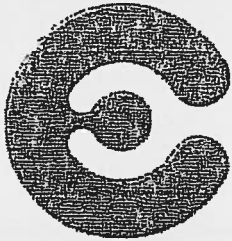
Per il Fornitore  
(firma)

*Alessandro Margas*

l'Amministrazione Contraente

(timbro e firma)  
Azienda Sanitaria N° 5 - Oristano  
Dott. *W. L. L. L.* **SCHINTU**  
Specialista in Malattie  
dell'Apparato Respiratorio





# CERTIFICATO CE DEL SISTEMA DI GARANZIA DELLA QUALITÀ

EC Quality Assurance System Certificate

Si certifica che, sulla base dei risultati degli audit effettuati, il Sistema completo di garanzia di Qualità dell'Azienda:  
We certify that, on the basis of audit carried out, the full Quality Assurance System of the Company:

Reg. No: MED 9811

**COSMED S.r.l.**

**Indirizzo/Address:**

Via dei Piani di Monte Savello, 37  
00041 Albano Laziale - RM  
Italia

È conforme ai requisiti applicabili della / Is in compliance with the applicable requirements of:

**Direttiva 93/42/CEE, Allegato II escluso il pto 4, attuata in Italia con Dlgs. 46 del 1997/02/24**  
*93/42/EEC Directive, Annex II without point 4, transposed in Italy by Dlgs. 46 of 1997/02/24*

per le seguenti tipologie di Dispositivi Medici / for the following Medical Devices:

**Dispositivi per la valutazione della funzione respiratoria, cardiaca e metabolica**  
*Devices for evaluation of the respiratory, cardiac and metabolic function*

**Accessori monouso / Disposable accessories**

**Dispositivi monouso per diagnostica polmonare / Disposable devices for pulmonary test**

**Elettrocardiografi / Electrocardiographs**

**Carte con funzione di misura ad uso medico / Papers for medical use with function of measure**

**Identificazione / Identification:** Vedere allegato tecnico al presente Certificato / See technical sheet enclosed to this certificate

Il presente Certificato è soggetto al rispetto del regolamento CERMET ed è valido solo per le tipologie di dispositivi sopra identificate soggette a sorveglianza.  
L'allegato tecnico è parte integrante del presente Certificato.  
*This Certificate is subject to CERMET regulations and it is valid only for the above mentioned Medical Devices that are subject to survey.  
The technical sheet is an integrating part of this Certificate*

Data di emissione/Issue date: 1998/06/11

Data ultima modifica/Last revised date: 2012/11/19

Data scadenza/Expiry date: 2013/04/24

Revisioni / Revision: 08

Pagina/Page: 1 di /of 3

Direttore Commerciale e Operativo

Sales and Operations Manager

Giampiero Belcredi

Direttore Generale

General Manager

Rodolfo Trippodo



Notifica Comunitaria n° 0476

**Organismo Notificato n. 0476**

**European Notified Body n. 0476**



**CERMET**

Certificazione e ricerca per la qualità

## DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ CONFORMITY DECLARATION

**Fabbricante/Manufacturer:** COSMED S.r.l.  
**Indirizzo/Address:** Via dei Piani di Monte Savello 37,  
 Pavona di Albano Laziale - 00041 Roma (ITALY)  
 tel: 06-9315492  
 fax: 06-9314580

**fabbricante dei seguenti dispositivi / manufacturer of the following equipment:**

Pony FX	Fitmate	Quark C12	Quark PFTergo
Pony FX Flowsafe	Fitmate Pro	Quark T12	Quark PFT2ergo
→ Pony FX MIP/MEP	Fitmate Med	Quark C12x	Quark PFT4ergo
microQuark	Fitmate GS	Quark T12x	Quark Spiro
Spiropalm	Quark b <sup>2</sup>	Quark PFT1	Quark PFT
Spiropalm Plus	K4b <sup>2</sup>	Quark PFT2	Quark CPET
Spiropalm 6MWT	Q-Box	Quark PFT3	Quark RMR
Quark NObreath	Quark i2m	Quark PFT4	

dichiara sotto la propria responsabilità che:  
 declares under his sole responsibility that:

- i dispositivi sopra elencati soddisfano tutti i requisiti essenziali richiesti dall'allegato I della Direttiva 93/42/CEE sui Dispositivi Medici, come modificata dalla direttiva 2007/47/CEE;  
*the above listed equipment comply with the essential requirements of the Annex I of the Medical Device Directive 93/42/EEC, as modified by the Directive 2007/47/EEC;*
- sono classificati in classe IIa (Quark C12x e Quark T12x in classe IIb, Quark NObreath in classe I con funzione di misura);  
*are classified in Class IIa (Quark C12x and Quark T12x in Class IIb, Quark NObreath in Class I with measuring function);*
- la loro progettazione, costruzione e controlli finali sono svolti secondo quanto indicato dal Sistema Qualità, conforme alle norme ISO 9001 e ISO 13485, approvati da CERMET (cert. n. 387-A e 387-M);  
*their design, manufacturing and final checks are performed according to the Cosmed's Quality System, conform to ISO 9001 and ISO 13485 Norms, certified by CERMET (certificates nr. 387-A and 387-M);*
- sono coperti da certificazione CE ai sensi della direttiva 93/42/CEE, come modificata dalla direttiva 2007/47/CEE, rilasciata da CERMET (certificato n. MED 9811).  
*are CE marked according to the Medical Device Directive 93/42/EEC, as modified by the Directive 2007/47/EEC, and certified by CERMET (certificate nr. MED 9811).*


**I dispositivi sono inoltre conformi alle seguenti specifiche:**  
**The equipment conform with the following specifications:**

**Sicurezza/Safety:** CEI 62-5/IEC 60601-1/EN 60601-1  
**Compatibilità EM/EMC:** EN 60601-1-2

Quark C12, Quark T12, Quark C12x e Quark T12x sono inoltre conformi alla Norma Particolare CEI 62-78/EN 60601-2-25

*Quark C12, Quark T12, Quark C12x and Quark T12x conform with the Particular Standard EN 60601-2-25*

Pavona, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

COSMED srl  
 Assicurazione Qualità  
 Quality Assurance  
 Ing. Andrea Duca  
 2012.12.05  
  
 12:33:58  
 +01'00'

C01998-01-DC

Rev.19

03/10/2012

Office | Headquarters  
 Via dei Piani di Monte Savello 37  
 Pavona di Albano - Roma 00041 ITALY  
 - Tel: 06 931 5492 Phone  
 - 06 931 4580 Fax  
 info@cosmed.it

Northern Italy Offices  
 Via Brescia 26  
 Via Cavour ex. SIVAMA - Palazzo C2  
 Caserta Sud Nav. gl. (VR) 36063 ITALY  
 - 04 65 5576-5539 Phone  
 - 04 65 5573-5521 Fax  
 milano@cosmed.it

United States of America  
 22711 Elston Ave #205  
 Chicago IL 60634 USA  
 - 1 (773) 843-8113 Phone  
 - 1 (773) 843-8116 Fax  
 info@cosmedusa.com

China P.R.  
 1st Floor, 218-1 Qian Road  
 Guangzhou, 510216 CHN  
 - 86 (20) 8333-4531 Phone  
 - 86 (20) 8333-8553 Fax  
 china@cosmed.com





COSMED Srl

Via dei Piani di Monte Savello, 37  
Albano Laziale (Roma) 00041 ITALY  
+39 06 931-5492  
+39 06 931-4580  
info@cosmed.com

cosmed.com

### Documento di Trasporto

DDT Nr. DDT13-03629  
Data 16/10/13

Fatturare a:

Spedire a:

Azienda U.S.L. N° 5

Azienda U.S.L. N° 5

Via Carducci, 35  
09170 Oristano OR  
ITALIA  
Dipartimento

Via Carducci, 41 angolo Via Foscolo  
09170 Oristano OR  
ITALIA  
Dipartimento  
Att.ne:

Va. Riferimento	Spedizioniere	Ns. Riferimento	Data
Ordine BI-2013-114 Rif. E.F. - Serv. Provveditorato 0473-314481	ARTONI - Abb. #710988 - Tel. 06.968710	OR13-02764	02/10/13
CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	
	Rif. Ordine Mepa 885081 del 30/09/2013 - Cig. ZB60B97545		
G08062-05-99	Pony FX MIP/MEP (Spirometro portatile)	1	
	Nr. Seriale: 2013100020		
A-182-300-004	Filtri Antibatterici (Cl. 50 Pz.)	1	
C01805-01-98	Boccagli di Carta adatti (conf. 500 pz.)	1	
A-198-056-001	Carta termica, Pony FX/Filmate L112 (cf. 10 Pz)	1	

*Per Consegna*

*Consegnare Alessandro Tarcis n/15  
091047 SELARGIUS (CA)*

*X COLLAUDO*

*3605721855*

*Alessandro Tarcis Oristano - it*

*X DR. SSA P. CANACIS  
0483-317451*

Causale Vendita	Aspetto Esteriore SCATOLA/BOX	Inizio del Trasporto Data: 16/10/13 Ora:		
Vettore: ARTONI - Abb. #710988 - Tel. 06.96871005		Nr. Colli 4	Peso Lordo 13	Firma del Conducente
Note		Ritiro: Data	Ora	Firma del Vettore
		Porto Franco		Firma del Destinatario



**COSMED Srl**  
 Corporate Off.: Via dei Piani di Monte Savello, 37  
 00041 PAVONA DI ALBANO (RM) ROMA  
 Phone: +39 (06) 931-5492 Fax: +39 (06) 931-4580  
 email: info@cosmed.it  
 C.G.I.A.A. 453169 Cap. Soc. Euro 98.000 int.vers.  
 Tribunale di Velletri 8271 Cod. Fisc. 04546530586  
 VAT: IT01284691001  
 www.cosmed.com

### CERTIFICATO DI COLLAUDO

Nr. 007  
 Data 21/11/2013

<b>Rifer</b> Ordine BI-2013-114 RII, E.F. - Serv. Provveditorato	<b>Fatturato a:</b> 9090 Azienda U.S.L. N° 5 Via Carducci, 35 09170 Oristano OR ITALIA
<b>DDT</b> DDT13-03828 Del 19/10/13	<b>Luogo di installazione</b> <u>VIA CARDUCCI 41 ORISTANO</u> <u>A.D.I. ASSISTENZA E CURA D.M.</u>
<b>Tecnico</b> <u>ALESSANDRO MARCIAS</u> Ore <u>2:00</u>	
<b>Paragona Addestrata</b> <u>DSSA M.G. SCHINTU</u> Tel. _____	
<b>E-mail</b> _____ Fax _____	
<b>Altri Partecipanti</b> <u>UFF. TECNICO SIG. ROBERTO SECHI e</u>	

**Apparecchiature Installate**

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	QUANTITA'	SOFTWARE	NOTE
CD9082-05-99	Pony FX MIP/MEP (Spirometro portatile) Numero Seriale: 2013100020	1		
A-182-300-004	Filtri Antibatterici (Cf. 50 Pz.)	1		
CD1805-01-98	Boccalgi di Carta adulti (conf. 500 pz.)	1		
A-196-056-001	Carta termica, Pony FX/Firmate L112 (cf. 10 Pz)	1		

Garanzia 12 Mesi

**Sistemi Collegati**  (selezionare)

---



---

**Note**  
ESEGUITA FORMAZIONE ALLA DOTT.SSA  
MARIA GRAZIA SCHINTU

---



---

**Documenti Allegati**

Report di Calibrazione   
 Test   
 Altro \_\_\_\_\_

Azienda Sanitaria N° 5 - Oristano  
 Dott.ssa M. Grazia SCHINTU  
 Specialista in Malattie  
 dell'Apparato Respiratorio  
 Firma del Cliente e Timbro

*Alessandro Marcias*  
 Firma del Tecnico

ASL 5 ORISTANO  
CARDUCCI, 35  
ORISTANO (OR), ITALY, CAP: 09170  
C.F. e P.IVA 00681110953



ASL Oristano

2  
alla determinazione  
del  
http://www.asloristano.it  
Email  
Tel : (+39)

Esercizio : 2014  
Stampato il 09/01/2014

## VERBALE DI PRESA IN CARICO

**Movimento definitivo:** UPZ5 - 2013 - 162 **del:** 16/10/2013  
**Descrizione:** ACQUISTO SPIROMETRO PER ADI  
**Delibera:** 2776 **del:** 25/09/2013

### Descrizione del cespiti

**Centro di Consegna:** Q0301 - CURE DOMICILIARI DIST.ORISTANO

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/49118	1055132 - SPIROMETRO	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	COSMED SRL	1-ACQUISTO	2 684,00

Etichetta: 49118

**Note:** SPIROMETRO PONY FX MIP/MEP ARTICOLO C09062-05-99, CON TURBINA DIGITALE, COMPLETO DI MODULO MIP/MEP E DI CONSUMABILI (50 PZ. FILTRI ANTIBATTERICI, 500 PZ. BOCCAGLI CARTA ADULTI, 10 PZ. CARTA TERMICA L 112)

**Cespiti:** 1 **Totale CdC:** 2 684,00