

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



# FATTURA

COPIA CLIENTE

NUMERO	DATA	SCADENZA PAGAMENTO	PAG.
1604	*23/05/14	*23/07/14	1

DESTINAZIONE DELLA MERCE  
 AZIENDA U.S.L. N. 5  
 OSPEDALE SAN MARTINO  
 VIA ROCKFELLER  
 09170 ORISTANO

SPETTABILE  
 AZIENDA U.S.L. NR 5  
 VIA CARDUCCI, 35  
 09170 ORISTANO

CODICE CLIENTE  
**010617**

AGENTE  
**27**

IVA  
**IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA**

REBA MERCE  
**PORTO FRANCO**

GODICE FISCALE  
**00681110953**

PARTITA IVA  
**00681110953**

CONDIZIONI DI PAGAMENTO  
**RIFERIMENTO D.LGS.192 DEL 09/11/12**

BANCA D'APPOGGIO  
**INTESA S. PAOLO SPA-R.BCA INTESA C/C**

IT89N030693286000005216185

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	UNITA'	QUANTITA'	PREZZO UNITARIO	IMPORTO	COD. IVA
A13266	BOLLA: 14-BV- 1683-*14/05/14 DEP. AM NS.RIF. 14-04- 51-*24/01/14 VS.ORD. BI-2014-2 *22/01/14 DET.136 2014 BBR 700/5 FRIGOEMOTECA (DM REP. 854518/R) Matricola n. LS04810 CORREDATA	N.	1	4550,00	4550,00	22
A12870	DIVISORIO IN PVC A 44 VANI CIG. Z570D5DA5A GARANZIA: 24 MESI FULL RISK	N.	5			22
04-009261	BOLLA: 14-BV- 1685-*14/05/14 DEP. 11 NS.RIF. 14-04- 51-*24/01/14 VS.ORD. BI-2014-2 *22/01/14 DET.136 2014 QUANTI CYRO LONGITUD 40CM TAGLIA S CIG. Z570D5DA5A	N.	1			22

ATA n. 9 Servizio Spese  
 Registro Fatture  
 Codice Fam. 12467  
 N. 10412 Del 19.06.14

**ASL N. 5 - ORISTANO**  
 Resp. Procc.  
**PERVENUTO IL**  
**11 GIU. 2014**  
 Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
 Altr. \_\_\_\_\_

**INTERESSI DI MORA SECONDO D. LGS. N°231/02, DOVUTI SOLO SE RICHIESTI**

STALE MERCE	VARIE	% SCONTO	4550,00			
IVA	DESCRIZIONE IVA	IMPONIBILE IVA	4550,00	IMPORTO IVA	1001,00	TOTALE IVA
					1001,00	TOTALE FATTURA
						EUR 5.551,00

TRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO  
 CONDIZIONI DI VENDITA - NEL CASO DI PAGAMENTO DILAZIONATO, SIA CONTRO IL RILASCIO DI EFFETTI SIA A SEMPLICE SCADENZA, LA MERCE FORNITA RIMANE A CARICA DI LEGGE DI  
 RA ESCLUSIVA PROPRIETA' FINO ALL'ESTINZIONE DEL DEBITO - I PAGAMENTI SARANNO RICONOSCIUTI SOLO SE FATTI DIRETTAMENTE ALLA NOSTRA SEDE DI BERNAREGGIO (MS) -  
 COMPETENTE MONZA - IN CASO DI RITARDATO PAGAMENTO DECORRERANNO GLI INTERESSI DI MORA NELLA MISURA BANCARIA ATTUALE

Da: ingegneriaclinica@asloristano.it  
A: "provveditorato" <provveditorato@asloristano.it>  
Cc: "valter piga" <valter.piga@asloristano.it>  
Inviato: Martedì, 17 giugno 2014 13:57:44  
Oggetto: Fwd: Chiusura Collaudo 146 AHSI

Si inoltra il collaudo con la Ditta AHSI.

B.PODDA

----- Messaggio inoltrato -----

Allegato n° 2 alla determinazione  
Serv. Provveditorato N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 14 fogli



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

N. Scheda  
4601

Firma del tecnico verificatore

*De Murtas*

Kit misura: CA 000184

Scadenza taratura: 5/2/15

Data verifiche:

26/05/15

Presidio: OSD SAN MARTINO Unità Operativa: TRASFERIBILE Stanza: \_\_\_\_\_  
 Tipo/classe: FILGOCMATECA Costruttore: INGELMOTOMI Modello: B B2 700/5  
 Matricola: LS 04810 Inv: \_\_\_\_\_ Cod. mod.: [ VI ] Cod. stanza: 1010P/10022

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

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

Vetustà: Anno presunto di acquisto: [ 2014 ]

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

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

Involucro:  [ISO] Plastico Isolante  [CCT] Conduttivo connesso a terra  [CNT] Conduttivo non connesso a terra

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

Reti: Alimentazione: [ 230 ] V Frequenza: [ 50.60 ] Hz Potenza: [ 6.6 ] [A] [VA] [W]

Classe:  [NR] Non riportata  [I] Classe I  [II] Classe II  [III] Classe III  [A] Alimentazione

Tipo parti applicate:  [NR] Non riportata  [B] Tipo B  [BF] Tipo BF  [CF] Tipo CF  [I] Più tipi

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

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

Prot. defibrillatore:  [NR] Non riportata  [DEF]

Marchio:  [NR] Non riportata  [IMQ]  [VDE]  [TUV]  [S+]  [CSA]  [AL]  [GS]  
 [DEF] N° identificativo: [ 0434 ]

Prot. sovracorrenti:  [NR] Non riportata [ 2 ] x [ 10 ] (A) Altre Protezioni [ APR ] x [ (A) ]

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

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

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

Cavo tipo:  [F] Fisso  [SE] Separabile  [IN] Interbloccato

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

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

Connettore:  [BP] Bipolare  [TP] Tripolare

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

Documentazione:  [NI] Non indispensabile  [ND] Assente  [PT] Pronta  [RE] Reperibile

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





*Il Servizio Ingegneria Clinica*

**Collaudo n.\_146\_/IC14/VP**

**Oristano lì, 15 Aprile 2014**

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

**Oggetto: Comunicazione affidamento collaudo apparecchiature da Laboratorio fornite dalla ditta AHSI e da destinare al Servizio Trasfusionale del P.O. San Martino di Oristano.**

In riferimento al 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.1 congelatore orizzontale PLATINUM 370 SH
- n.1 frigoemoteca BBR 700/5

Determina Servizio Provveditorato: n.136 del 21/01/2014  
Ordine BI-2014-2 del 22/01/2014

**Direttore dell'esecuzione da contattare per il collaudo:**  
Direttore U.O. di Chirurgia Dr. Paolo Casula

Ditta Fornitrice: AHSI ref. D.ssa Valentina Pibiri 3341384226

Eventuale documentazione tecnica potrà essere richiesta al Servizio Provveditorato,  
Rif. Pratica Sig. Manuela Cocco 0785 317790

**Si ricorda di prendere preventivamente i necessari contatti così come indicato nella Delibera e nell'ordine del Servizio Provveditorato in allegato alla presente.**

Distinti saluti,

Servizio Ingegneria Clinica  
Ass. Tec. 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](http://www.asloristano.it)  
E-mail: [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)



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

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

Cliente:

Asl 5 Ombrino

29510/co

Data 26/5/14

# VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

## PREMESSO

Che con ordine/delibera n° B1-2014-2 del 22-1-14 la Asl 5 Ombrino, ha affidato alla Ditta AHSI SPA (12467) la forniture delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4601</u>	<u>ANACANTOMI LIFESCIENCE</u>	<u>FRUGOEMOTEC</u>	<u>BBR700/S</u>	<u>LS 04810</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO TRANSUSIONE presso la Struttura: OSP. S. MONTANO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 14/5/14 con bolla nr. 1683 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'aspletamento delle operazioni di collaudo il giorno 26/5/14 presso TRANSUSIONE S. MONTANO sono convenuti i signori:

SILVANA DEMUNTEAS Incaricato UNA CLINICA  
ROBERTO ONIVIS Incaricato DITTA FORNITRICE  
Dott. COSIVA Incaricato ASL 5  
 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 SILVANA DEMUNTEAS

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

Il referente Amm.vo dell'Azienda \_\_\_\_\_

Il Responsabile della ditta fornitrice ASL 5

### 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 DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <b>ROBERTO ONNIS</b>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <b>AHSI SPA (12467)</b>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

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

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. **BBR 700/5** numero di serie **LS 04810** numero di installazione **4601**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO MAGGIO 2015
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO MAGGIO 2016
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	//
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO MAGGIO 2015
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO MAGGIO 2016
CONTROLLO FUNZIONALE	//
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO MAGGIO 2015
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO MAGGIO 2016
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)

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano  
 P.O. "S. Maria"  
 Immunologia e Medicina Trapianti  
 Direttora  
 Dr. Paolo Casula



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	<u>Dot. CASULA</u>
In qualità di Responsabile del Servizio di	<u>TRASFUSIONALE</u>

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di FILGOEMOTECA CINGHEDINONI BBD-700/5 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	<u>ROBERTO ONNIS</u>
In qualità di	<u>DELEGATO</u>
della Ditta	<u>AHSI SPA (12467)</u>

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 26/5/'14

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta AHSI SPA (12467) vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore  
(firma)

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria p. S. Oristano  
 U.O. "San Agostino"  
 Immunologia e Medicina Trapianti  
 Direttore  
 Dr. Paolo Casula



AHSI SPA  
 C.F. E P. IVA 02481080964 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.  
 REGISTRO IMPRESE MB 02481080964 REA MB 1469293 RAEE IT08020000003524  
 SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DELLA "ABLE SPA"  
 CON SEDE IN MILANO (R.I./C.F. 03917120960)



SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA  
 VIALE DELLE INDUSTRIE 33 20881 BERNAREGGIO MB  
 TEL. 039 6827.1 FAX 039 6827.700 WWW.AHSI.IT ASSISTENZA@AHSI.IT

SERVICE  
 800-220640

## VERBALE DI INSTALLAZIONE E COLLAUDO N° C 033916

CLIENTE: ASL 5 ORISTANO / OSP. SAN MARTINO APPARECCHIATURA TIPO: FRIGO EMOTICA A13261  
 REPARTO: CENTRO TRASFUSIONALE MODELLO: BBR 400/5  
 INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ MATRICOLA: LS 04910  
 LOCALITÀ: ORISTANO ACCESSORI: \_\_\_\_\_  
 TEL.: \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ CHIAMATA N° 12506 DEL 14/05/2014  
 E-MAIL: \_\_\_\_\_ D.D.T. N°: 1683 DEL 14/05/14

### PROCEDURA DI INSTALLAZIONE ED AVVIAMENTO

SERVIZI TECNICI	FUNZIONAMENTO	TRAINING
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA IDONEITÀ LOCALE <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA CONDIZIONI AMBIENTALI <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA LINEA DI ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> VERIFICA LINEA GAS TECNICI	<input checked="" type="checkbox"/> LIVELLAMENTO E FISSAGGIO (SE PREVISTI) <input checked="" type="checkbox"/> ACCENSIONE <input checked="" type="checkbox"/> PREDISPOSIZIONE PARAMETRI DI LAVORO E DI ALLARME <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA FUNZIONALITÀ GENERALE	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO DI FORMAZIONE PER GLI UTILIZZATORI <input checked="" type="checkbox"/> BREVE CORSO DI FORMAZIONE PER LA MANUTENZIONE ORDINARIA

IN DATA ODIERNA SI È PROVVEDUTO ALL'INSTALLAZIONE ED AL COLLAUDO DELL'APPARECCHIATURA CON IL SEGUENTE ESITO FINALE:

RISPONDEZZA ALL'ORDINE	<input checked="" type="checkbox"/> CONFORME	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
PROVE DI FUNZIONAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CONFORME	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
MANUALE OPERATIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE
DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE

### GARANZIA

LA GARANZIA, INTEGRALE PER RICAMBI E MANODOPERA, È VALEVOLE A PARTIRE DALLA DATA DI CONSEGNA DELL'APPARECCHIATURA, SALVO DIVERSI ACCORDI SCRITTI. TALE SERVIZIO DECADE QUALORA ALL'APPARECCHIATURA SIANO STATE APPORTATE MODIFICHE, MANOMISSIONI O COMUNQUE ESEGUITE RIPARAZIONI DA PARTE DI PERSONALE NON AUTORIZZATO DA AHSI. LA GARANZIA DECADE, INOLTRE, IN CASO DI USO IMPROPRIO DELL'APPARECCHIATURA, INSTALLAZIONE IN LUOGO NON IDONEO, IMPIEGO DI RICAMBI NON ORIGINALI, MANCANZA DEL COLLEGAMENTO DI TERRA DELL'IMPIANTO ELETTRICO O FUNZIONAMENTO DIFETTOSO DELLO STESSO. DALLA GARANZIA SONO INOLTRE ESCLUSI I MATERIALI DI CONSUMO FORNITI CON L'APPARECCHIATURA STESSA.

OSSERVAZIONI:

DATA: 26/05/2014

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano  
 NOME DEL CLIENTE (STAMPATELLO)  
 Dr. Paolo Casula  
 Direttore  
 Centro di Diagnostica e Medicina Trasfusionale

TIMBRO E FIRMA DEL CLIENTE

COD. TECNICO

ROBERTO ORNIS  
 NOME DEL TECNICO (STAMPATELLO)

FIRMA DEL TECNICO

**AHSI SPA**  
 C.F. E P. IVA 02481080984 REGISTRO IMPRESE MB 02481080984 REA MB 1469293  
 REGISTRO A.E.E. IT0802000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.  
 SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO  
 DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO  
 SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA  
 VIALE DELLE INDUSTRIE, 35 20881 BERNAREGGIO MB  
 TEL 039.8827.1 FAX 039.8827.400  
 WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT



**DOCUMENTO DI TRASPORTO**

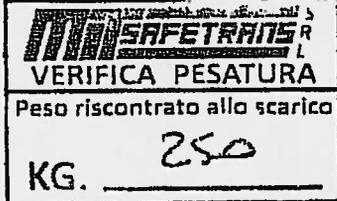
(D.P.R. 14 AGOSTO 1996, N. 472)

NUMERO	1683	DATA	*14/05/14	PAG.	1
MAGAZZINO DI PARTENZA					
LOC. CIMACOLLE, 464 MASSA MARTANA PG					
MERCE DA FATTURARE A 008525					
AZIENDA U.S.L. NR 5					
VIA CARDUCCI, 35					
09170 ORISTANO OR					

DESTINAZIONE DELLA MERCE	
AZIENDA U.S.L. N. 5	
OSPEDALE SAN MARTINO	
VIA ROCKFELLER	
09170 ORISTANO	OR

CAUSALE DEL TRASPORTO	MEZZO DI SPEDIZIONE
VENDITA	VETTORE
REBA MERCE	TRASPORTO A CURA
PORTO FRANCO	

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE DEI BENI (NATURA - QUALITÀ)	U.M.	QUANTITÀ
A13266	Rif. BI-2014-2 del 22/01/14 14-04-000051 *24/01/14 BBR 700/5 FRIGOEMOTECA (DM REP. 854518/R) Matricola n. LS04810 CORREDATA	N.	1
A12870	DIVISORIO IN PVC A 44 VANI CIG. Z570D5DASA  GARANZIA: 24 MESI FULL RISK  REFERENTE: DOTT.SSA DE MURTAS TEL. 0783/317780 OPPURE SIG.RA DEIDA STESSO RECAPITO  CONSEGNARE TRAMITE MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE AL REPARTO DI IMMUNOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE PIANO TERRA INGRESSO POSTERIORE  DISIMBALLARE, POSIZIONARE E RITIRARE GLI IMBALLI.  01 IL COLLAUDO VIENE EFFETTUATO ALLE SEGUENTI CONDIZIONI: -----	N.	5



**ATTENZIONE:** DISIMBALLARE E VERIFICARE INTEGRITÀ MERCE CONSEGNA. SE DANNEGGIATA, APPORRE RISERVA SUL D.D.T. E TRASMETTERNE SUBITO COPIA AL FAX N°039.8827.400. NON SI ACCETTANO RECLAMI TRASCORSI 3 GG. LAVORATIVI DALLA CONSEGNA

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	N. COLLI	PESO KG.	FIRMA CONDUCENTE
INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA			
DATA	ORA	DATA E ORA DEL RITIRO	FIRMA VETTORE
DITTA - RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N. CIVICO)			
VARIAZIONE DELLA DESTINAZIONE			FIRMA DESTINATARIO

*[Signature]*  
 Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano  
 R.O. "San Martino"  
 Immunocematologia e Medicina Trasmucosa  
 Direzione  
 Dr. Paolo Casula

JPA  
 P. IVA 02481080984 REGISTRO IMPRESE MB 02481080984 REA MB 1489293  
 ISTR0 A.E.E. IT08020000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.  
 SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO  
 DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO  
 SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA  
 VIALE DELLE INDUSTRIE, 83 20881 BERNAREGGIO MB  
 TEL 039.8827.1 FAX 039.8827.400  
 WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT



## DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.P.R. 14 AGOSTO 1996, N. 472)

NUMERO	1683	DATA	*14/05/14	PAG.	2
MAGAZZINO DI PARTENZA					
LOC. CIMACOLLE, 464 MASSA MARTANA PG					
MERCE DA FATTURARE A 008525					
AZIENDA U.S.L.NR 5					
VIA CARDUCCI, 35					
09170 ORISTANO OR					

DESTINAZIONE DELLA MERCE	
AZIENDA U.S.L. N. 5	
OSPEDALE SAN MARTINO	
VIA ROCKFELLER	
09170 ORISTANO	OR

CAUSALE DEL TRASPORTO	VENDETTA
-----------------------	----------

MEZZO DI SPEDIZIONE	VETTORE
---------------------	---------

REBA MERCE	PORTO FRANCO
------------	--------------

TRASPORTO A CURA
------------------

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE DEI BENI (NATURA - QUALITÀ)	U.M.	QUANTITÀ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ENTRO 15 GIORNI DALLA CONSEGNA CON NOSTRO PREAVVISO.</li> <li>- SE, PER CAUSE A NOI NON IMPUTABILI, NON FOSSE EFFETTUATO ENTRO TALE TERMINE, IL PAGAMENTO DECORRERA' COMUNQUE DALLA DATA DI FATTURA.</li> <li>- SE PER CAUSE A NOI NON IMPUTABILI, NON FOSSE EFFETTUATO NEL GIORNO STABILITO, L'ULTERIORE USCITA DEL TECNICO, SE RICHIESTA, SARA' ADDEBITATA A TARIFFE IN VIGORE.</li> </ul>		

**ATTENZIONE:** DISIMBALLARE E VERIFICARE INTEGRITÀ MERCE CONSEGNATA. SE DANNEGGIATA, APPORRE RISERVA SUL D.D.T. E TRASMETTERNE SUBITO COPIA AL FAX N°039.8827.400. NON SI ACCETTANO RECLAMI TRASCORSI 3 GG. LAVORATIVI DALLA CONSEGNA

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI A VISTA	N. COLLI	PESO KG.	FIRMA CONDUCENTE
	1	250,00	

INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA	ORA
DATA	DATA E ORA DEL RITIRO

VETTORI	DITTA - RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N. CIVICO)	DATA E ORA DEL RITIRO	FIRMA VETTORE
	MITSAFETRANS SRL TEL.0292159230 VIA ARTIGIANATO, 12 CARUGATE MI 20061 ALBO MI/0864470/L PI 07051550155	14/05/14 16:33	

VARIAZIONE DELLA DESTINAZIONE	FIRMA DESTINATARIO
	 Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano P.O. "San Martino" Direzione Dr. Paolo Casula



**AS AS STERIL**

464 Località Cimacolle  
06056 Massa Martana (Pg) Italy

DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ  
DECLARATION OF CONFORMITY  
DÉCLARATION DE CONFORMITÉ  
KONFORMITÄTSEKLRÄRUNG DES HERSTELLERS  
DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD



Famiglia di prodotto Family product Famille de produit Produktfamilie Familia de producto	<b>Frigoemoteche - Blood banks - Frigo hémothèques - Blutkühlschränke - Bancos de sangre frigoríficos</b>  <b>BBR</b>
---	---

Prodotto Product Produit Produkt Producto	<b>BBR 700/5 - BBR 700/6 - BBR 700/7 - BBR 700/8 BBR 850/8 - BBR 850/9 - BBR 1500/12 - BBR 1500/14 BBR 700 B - BBR 850 B - BBR 1500 B</b>
---	---

Classificazione Classification Classification Klassifizierung Clasificación	<b>IIa: Reg. 2, AII. IX</b>	Procedimento di valutazione della conformità Conformity assessment route Procédure d'évaluation de la conformité Konformitätsbeurteilungsverfahren Procedimiento de evaluación de conformidad	<b>AII. II</b>
---	-----------------------------	---	----------------

Si dichiara che le apparecchiature sopra menzionate sono conformi:

- alla Dir. 93/42/CEE recepita dal D.Lgs. 46/97 e successive modifiche e revisioni.
- al D.Lgs 17/2010 attuazione della Direttiva 2006/42 relativa alle macchine.

*We hereby certify that the above-mentioned devices conform to:*

- to Dir. 93/42/CEE included in Law Decree 46/97 and subsequent modifications and revisions.
- the Law Decree 17/2010 for implementing Directive 2006/42 relating to machines.

On déclare que les appareils mentionnés ci-dessus sont conformes:

- à la Dir. 93/42/CEE transposée par le décret lég. 46/97 et ses modifications et révisions ultérieures.
- Décret 17/2010 de transposition de la Directive 2006/42 relative aux machines.

*Es wird erklärt, dass die oben genannten Geräte konform sind:*

- mit der vom Gesetzdekret 46/97 anerkannten Richtlinie 93/42/CEE und späteren Änderungen und Überarbeitungen.
- Gesetzesdekret 17/2010 Umsetzung der Maschinen-Richtlinie 2006/42.

Se declara que los aparatos mencionados más arriba cumplen las siguientes disposiciones:

- Dir. 93/42/CEE incorporada en el D.Lgs 46/97 y siguientes modificaciones y revisiones
- D.Lgs 17/2010 aplicación de la Directiva 2006/42 correspondiente a máquina.

Ente di certificazione Notified body Organisme de certification Zertifizierungsbehörde Organismo certificador	<b>Det Norske Veritas Certification AS Veritasveien 1 - 1363 Høvik, Oslo - Norway Cod. 0434</b>
---	---

Certificato CE EC certificate Certificat CE CE-Bescheinigung Certificado CE	<b>66510-2009-CE-ITA-NA</b>	Valido fino al: / Expiry date: / Valable jusqu'au: / Gültig bis: / Válido hasta:
		<b>14 December 2014</b>

Luogo e data / Place and date / Lieu et date / Ort und Datum / Lugar y fecha	<b>Massa Martana, 26/03/2014</b>
Nome e indirizzo della persona autorizzata a compilare il fascicolo tecnico: Name and address of the person authorized to compile the technical booklet: Nom et adresse de la personne autorisée à constituer le dossier technique: Name und Adresse der zur Erstellung der technischen Unterlagen autorisierten Person. Nombre y dirección de la persona autorizada para constituir el folleto técnico:  Divisione ALS - Divisione Steril Prodotti Standard- Responsabile Ufficio Tecnico ALS Division - Steril Division Standard Products- Head of Technical Department Division ALS - Division Steril Produits Standards - Responsable du Département Abteilung ALS - Abteilung Steril Standard-Produkte - Leiter Technisches Büro División ALS - División Steril Productos Estándar- Responsable del Departamento	L'amministratore unico Unique Director L'administrateur unique Geschäftsführer El Administrador Único
<b>Marco Liverani</b>	 <b>Cesare Angelantoni</b>
Loc. Cimacolle, 464 - 06056 Massa Martana (PG) - Italy	

**CERTIFICATO DI CONFORMITÀ  
CERTIFICATE OF CONFORMITY  
CERTIFICAT DE CONFORMITÉ  
KONFORMITÄTSBESCHEINIGUNG  
CERTIFICADO DE CONFORMIDAD**

Modello / Type / Modèle / Model / Modelo <b>BBR 700/5</b>	Matricola / Serial number / N° de série / Seriennummer / N° de Série <b>L504810</b>
Fornitore / Supplier / Fournisseur / Lieferant / Proveedor <b>ANGELANTONI LIFE SCIENCE S.r.l. Loc. Cimacolle, 484 06056 Massa Martana (Pg) - Italia</b>	

**Si certifica che la fornitura in oggetto:**

- è conforme in ogni sua parte ai relativi disegni, specifiche e ordine;
- è stata verificata e provata in conformità alle condizioni e ai requisiti dell'ordine, secondo gli standard internazionali di sicurezza.

**The materials supplied are certified:**

- to conform in every way with the relative drawings, specifications and order;
- to have been checked and tested in conformity with the conditions and requirements of the order, according to international safety standards.

**On certifie que la fourniture en objet:**

- est conforme dans toutes ses parties aux schémas relatifs, aux spécifications et à la commande;
- a été vérifiée et essayée conformément aux conditions de la commande, selon les standards internationaux de sécurité.

**Es wird bescheinigt, dass die oben genannte Lieferung:**

- in allen Teilen mit den entsprechenden Zeichnungen, Spezifikationen und der Bestellung übereinstimmt;
- in Übereinstimmung mit den Bedingungen und Anforderungen der Bestellung gemäß den internationalen Sicherheitsstandards geprüft und getestet wurde.

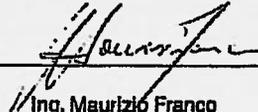
**Certificamos que el suministro en cuestión:**

- es conforme en todas sus partes a los planos, especificaciones y pedido correspondientes;
- ha sido testado y probado con arreglo a las condiciones y requisitos del pedido, según los estándares internacionales de seguridad.

Luogo e data / Place and date / Lieu et date /  
Ort und Datum / Lugar y fecha

**Massa Martana, 26/03/2014**

**ANGELANTONI LIFE SCIENCE S.r.l.**  
Il Responsabile Controllo Qualità / Quality Control Manager /  
Le Responsable Contrôle Qualité / Der Leiter der Qualitätskontrolle /  
El Responsable del Control de Calidad

  
Ing. Maurizio Franco



# DNV BUSINESS ASSURANCE MANAGEMENT SYSTEM CERTIFICATE

Certificato Figlio No. / Child Certificate No. **CERTCC2-00564-95-AQ-ROM-SINCERT**  
Appartenente al Certificato Master No. / belongs to Master Certificate No. **CERT-00564-95-AQ-ROM-SINCERT**

*Si attesta che / This is to certify that*

**ANGELANTONI Life Science S.r.l.**

**Località Cimacolle, 464 - 06056 Massa Martana (PG) - Italy**

*è conforme ai requisiti della norma per i sistemi di gestione:  
has been found to conform to the management system standard:*

**UNI EN ISO 9001:2008 (ISO 9001:2008)**

*Questa Certificazione è valida per il seguente campo applicativo:  
This Certificate is valid for the following product or service ranges:*

**Progettazione, costruzione, vendita e assistenza post-vendita apparecchiature frigorifere per il settore biomedicale e la ricerca scientifica. Produzione e vendita di apparecchiature a flusso laminare e per il controllo della contaminazione per: industria farmaceutica, alimentare ed elettronica, ospedali, laboratori e centri di ricerca (Settore EA : 18)**

**Design, manufacture, sales and after sales services of refrigerating equipment for biomedical applications and scientific research. Construction and sale of laminar flow and contamination control equipment for: pharmaceutical, food and electronic industry, hospitals, laboratories, research centres (Sector EA : 18)**

**Data Prima Emissione/Initial Certification Date:**

**1995-07-31**

**Il Certificato è valido fino al:  
This Certificate is valid until:**

**2016-06-22**

**L'audit è stato eseguito sotto la supervisione di/  
The audit has been performed under the supervision of**

**Carlo Colucci  
Lead Auditor**



SECC N°0003 A SECC N°0003 B  
SECC N°0003 D SECC N°0003 G  
SECC N°0004 F SECC N°0005 I

Membero di IMA SA per gli schemi di accreditamento ISO, SGA, PMA, PMS, ISO e LAG di IMA SA per gli schemi di accreditamento ISO, SGA, SGI, FSI e PFI e di IMA ILAC per gli schemi di accreditamento IAS

**Luogo e Data/Place and Date:**

**Agrate Brianza (MB), 2013-05-14**

**Per l'Organismo di Certificazione:  
For the Accredited Unit:**

**Zeno Beltrami  
Management Representative**

La validità del presente Certificato è subordinata al rispetto delle condizioni contenute nel Contratto di Certificazione.  
Lack of fulfilment of conditions as set out in the Certification Agreement may render this Certificate invalid.

Esercizio : 2014  
Stampato il 18/06/2014

## VERBALE DI PRESA IN CARICO

**Movimento definitivo:** UPZ5 - 2014 - 58 del: 26/05/2014  
**Descrizione:** carico cespiti da ricevimento  
**Delibera:** 136 del: 21/01/2014

### Descrizione dei cespiti

**Centro di Consegna:** G0401 - IMMUNOL. E TRASFUSIONE P.O. SAN MARTINO

**Ordine:** BI/2014/2

**Movimento:** M23/2014/1294

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/50001	79188 - FRIGOEMOTECA#	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	AHSI SPA	1-AQUISTO	5 551,00

**Matricola:** LS04810

**Note:** BBR 700/5 FRIGOEMOTECA (DM REP. 277322/R)  
COMPLETA DI N. 5 DIVISORI IN PVC A 44 VANI CODICE A12870  
INVENTARIO IC 4601

**Cespiti:** 1 **Totale CdC:** 5 551,00

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