



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Il Servizio Ingegneria Clinica

Collaudo n. 143/IC14/VP

Oristano lì, 03 Marzo 2014

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

Oggetto: Comunicazione affidamento collaudo di un sistema di spirometria.

In riferimento al contratto d'appalto stipulato in data 20/01/2011, Rep. ASL n° 2555 del 20/01/2011 con rinnovo 2014, si chiede di poter provvedere all'esecuzione del collaudo:

- n° 2 Spirometri, fornite dalla ditta CareFusion da assegnare all'U.O. di Pneumologia del Poliambulatorio di Oristano come da offerta CareFusion rif. P13-0414/st.

Delibera Direttore Generale: n. 1098 del 24/12/2013
Riferimento ordine: -----

Ditta Fornitrice: CareFusion
Ref. ditta fornitrice : Enrico Corona cell. 3401846207

Direttore dell'esecuzione: Direttore U.O. di Pneumologia Dr. Giuseppe Oppo

Eventuale documentazione tecnica potrà essere richiesta presso il Servizio Provveditorato
Referente Dr Paolo Sanna

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,

Assistente Tecnico
Valter Pigga



0783776002

ASL 5 ORISTANO
CARDUCCI, 35
ORISTANO (OR), ITALY, CAP. 09170
C.F. e P.IVA 00881110953



ASL Oristano

http://www.asloristano.it

Email :

Tel : (+39)

ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : BI - 2013 - 165
DEL : 27/12/2013

UTENTE : SANNA PAOLO
TELEFONO : 0783/317784

TIPOLOGIA: A51 - ORDINE - CONTRATTO BENI

FORNITORE

CAREFUSION ITALY 237 SRL (EX CARDINAL
HEALTH ITALY 237) (12630)

VIA TICINO, 4
30019 SESTO FIORENTINO (FI)
TELEFONO: 055-303381
FAX: 055-340028
E-MAIL: www.carefusion.com

CIG: Z8C0D15918

ACQUISTO DI N. 1 SPIROMETRO PER PNEUMOLOGIA (PNEUMOLOGIA P.O. OR)

PROVVEDIMENTO: DELIBERA DIRETTORE GENERALE N. 1098 DEL 2013 - ADEGUAMENTO TECNOLOGICO SPIROMETRI IN USO PRESSO

1055132 SPIROMETRO
N. 1 SPIROMETRO PER PNEUMOLOGIA MOD. PLETISMOGRAFO CORPOREO MASTERSCREEN BODY S.N. 691787-176462
Cdc: E0901 PNEUMOLOGIA ORISTANO Q.tà: 1,00

N	1,00	33 184,50	0,00	0,00	33 184,50	22,00	40 485,09
1055132							

22	22,00	33 184,50	7 300,59
TOTALE IMPONIBILE	33 184,50	TOTALE IVA	7 300,59
		TOTALE ORDINE	40 485,09

Magazzino Ricevente

M23 - MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE

N.B. AVVERTENZA PER I FORNITORI - CONDIZIONI INDISPENSABILI PER IL PAGAMENTO DELLA FATTURA:
Nella fattura e nel documento di trasporto dovranno essere obbligatoriamente riportati sigla, anno e numero dell'ordine sopra indicati (es. XX-AAAA-NNNNN). Non potranno essere in alcun modo addebitati all'ASL n°6 di Oristano oneri per l'eventuale ritardato pagamento determinato dalla omessa indicazione dei riferimenti richiesti.
La fattura dovrà essere inviata, tassativamente, alla sede legale dell'Azienda. All'ordine potranno far seguito una o più fatture, mentre non potrà essere emessa unica fattura riferita a diversi ordini di fornitura. La consegna dovrà essere effettuata franco magazzino ASL N°6 a carico del fornitore entro i termini di consegna indicati nel contratto di fornitura. I prodotti non corrispondenti all'ordine saranno resi al fornitore con oneri a carico del medesimo e saranno disponibili per il ritiro presso il magazzino a totale rischio del fornitore dal momento della segnalazione della Struttura di destinazione.



RESPONSABILE DEL SERVIZIO
PROVVEDITORATO

(D.ssa Maria Susanna Demurtas)



**Elettronica
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 OSTIA LIDO

29495/CO

Data 10/04/14

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2013-65 del 27/12/2013 la ASL 5 OSTIA LIDO, ha affidato alla Ditta CONCESSIONE ITALY 237 SRL la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4522</u>	<u>CANON</u>	<u>APPARECCHIO ELETTRICO</u>	<u>TYPE MASTER SCREEN</u>	<u>672298</u>
<u>4523</u>	<u>CANON</u>	<u>SPINOMETRICO</u>	<u>MS-PFT</u>	<u>V-107170-03/00 PFS</u>
<u>4532</u>	<u>DELL</u>	<u>COMPUTER</u>	<u>OPTIPLEX 7010</u>	<u>JKD 6002</u>
<u>4524</u>	<u>DELL</u>	<u>SCHEMATO PC</u>	<u>E 1413 S.F.</u>	<u>CN-03712X-72872-36</u>
<u>4525</u>	<u>HP</u>	<u>STAMPANTE</u>	<u>HP OFFICEJET 6100</u>	<u>CN2492 B OM8</u>

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO PNEUMOLOGIA presso la Struttura: POLICLINICO OSTIA LIDO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 14/3/14 con bolla nr. SPK-01301 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 10/04/14 presso PNEUMOLOGIA sono convenuti i signori:

SANDRA AEMONTAS Incaricato ING. CIVICA ASLS
Dott. GIUSEPPE OPPO Incaricato ASL 5
GIULIO BRONCHI Incaricato DITTA FORNITRICE
 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 _____

atto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl Sandra Aemontas
 Il Consegnatario del bene Ing. L. S. Cristano
 Il referente Amm.vo dell'Azienda Giuseppe Oppo
 Il Responsabile della ditta fornitrice [Firma]

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 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 OMSTANO

29496/co

Data 10/04/14

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2013-165 del 27/12/2013 la ASL 5 OMSTANO, ha affidato alla Ditta CONFUSION ITALY 237 SRL la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
4526	CONFUSION - JEGGER	UBINA PNEUMOGRAF.	MOSTERSCOPE BODY	971124
4527	DELL	PERSONAL COMPUTER	OPTIPLEX 7010	HJ16002
4528	DELL	MONITOR TO	E1913S P	CN-05712X-72872-3
4529	HP	STAMPANTE	OFFICEJET 6100 ePrinter	CN2492 B1616
4530	DELL	SCHEMMA PC	E1913C	CN-038424-64180-326-
4531	DELL	COMPUTER	D 07D	9XTSV A01

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO PNEUMOLOGIA presso la Struttura: POLICLINICA OMSTANO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 19/03/14 con bolla nr. SP14-0000 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 10/04/14 presso PNEUMOLOGIA sono convenuti i signori:

SANDRA DEMUNTAS Incaricato ING. CLINICA ASL5

Dr. GIUSEPPE ORIO Incaricato ASL 5

GIULIA BROGNONI Incaricato DITTA FORNITRICE

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. Sr. Sandra Demuntas

Il Consegnatario del bene Dr. GIUSEPPE ORIO

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

Il Responsabile della ditta fornitrice _____

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



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	Dott. GIUSEPPE OPPO
In qualità di Responsabile del Servizio di	PNEUMOLOGIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di ~~PLETHYMOGRAPH COMPONEO~~ MASTERSHIELD BODY 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	ING. BROGNONI
In qualità di	INGEGNERO
della Ditta	CAREFUSION

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

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

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

ASL Oristano
U.O. PNEUMOLOGIA
Dr. Giuseppe OPPO



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto ING. BIGNONI	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta CANEFUSION	

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. **MASTERSCOPE BODY / MS - PFT** numero di serie **97112A - V-707170** numero di installazione **4526 - 4523**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON PREVISTO
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	NON PREVISTO
CONTROLLO FUNZIONALE	/
CONTROLLO FUNZIONALE	/
Verifica di sicurezza elettrica	NON PREVISTO
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)

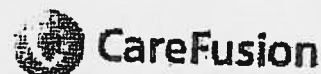
l'Amministrazione Contraente

(timbro e firma)
A.S.L. Oristano
U.O. FISIOPATOLOGIA
Dr. Giuseppe OTTO

[illegible]

CareFusion Italy 237 Srl Unip.
Via Ticino,4-50019-Sesto F.no(FI)
Reg AEE IT12030000007492-Reg PA IT12040P00002833
Italia

Telefono : 055.303391
Fax : 055.340026



DOCUMENTO DI TRASPORTO
(D.P.R. 14-18-86 N°472 art. 1 comma 3)

Spett.Le
050223
AZIENDA USL 5 ORISTANO
VIA CARDUCCI,35
09170 ORISTANO
OR
P.IVA:00881110953

Pagina 1

D.D.T. N. SP14-01301
DATA 19/03/14

ORDINE CLIENTE: OC14-00583 Del 13/01/14
Vs. Riferimento: BI-2013-185 del 27/12/13
Condizioni Pagamento 90 gg DF FM
Metodo Pagamento Rimessa Diretta

Luogo Destinazione
SERVIZIO PNEUMOTISIOLOGICO
VIA MICHELE PIRA 48 3° PIANO
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO
09170 ORISTANO
Italia

Nr.	Descrizione	U.M.	Quantità
V-577400SER	CIG Z6C0D15919 Pc server per SeS local network Numero di Serie: 8LGH302	NR	1
MNT 19	MONITOR TFT 19" Numero di Serie: 24PL	NR	1
HF2/N2	Riduttori per miscela con attacco N2 Numero di Serie: 210114_3	NR	1

Offerte P13-0414+P13-0414bis

Garanzia 24 mesi

Prima della consegna contattare Dott. Oppo
348/8041661

Per il collaudo prendere accordi con Ing. Clinica
Ing. Podda 0783/317330

CAUSALE DEL TRASPORTO VENDITA		PORTO FRANCO		ANNOTAZIONI	
TRASPORTO A MEZZO VETTORE		ASPETTO		COLLI 0	PESO KG
RAGIONE SOCIALE E INDIRIZZO VETTORE TNT TRACO			DATA ORA RITIRO		FIRMA VETTORE
Firma del conducente			Firma destinatario		

A.S.L. 5 - Oristano
V.D. PNEUMOLOGIA
Dr. Giuseppe CIPU

CareFusion Italy 237 Sri Unip.
Via Ticino,4-50019-Sesto F.no(FI)
Reg AEE IT12030000007492-Reg PA IT12040P00002833
Italia

Telefono : 055.303391
Fax : 055.340025



DOCUMENTO DI TRASPORTO
(D.P.R. 14-18-96 N°472 art. 1 comma 3)

D.D.T. N. SP14-01300
DATA 19/03/14

ORDINE CLIENTE: OC14-00583 Del 13/01/14
Vs. Riferimento: BI-2013-166 del 27/12/13
Condizioni Pagamento 90 gg DF FM
Metodo Pagamento Rimessa Diretta

Spett.Le
050223

Pagina 1

AZIENDA USL 5 ORISTANO
VIA CARDUCCI,35
09170 ORISTANO
OR
P.IVA:00681110953

Luogo Destinazione
SERVIZIO PNEUMOTISIOLOGICO
VIA MICHELE PIRA 48 3° PIANO
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO
09170 ORISTANO
Italia

Nr.	Descrizione	U.M.	Quantità
V-171601	CIG Z6C0D15919 MASTERSCOPE BODY PC PER RAW-ITGV (FRC PLET.) Numero di Serie: 90001869	NR	1
720254	MANUAL CALIBRAT. SYRINGE 3L Lotto Numero: 90001869 Quantità: 1	NR	1
V-172506	MasterScreen PFT PC FRC/Diff RT SeS Numero di Serie: 90001890	NR	1
720254	MANUAL CALIBRAT. SYRINGE 3L Lotto Numero: 90001890 Quantità: 1	NR	1
V-570301	P.01 OPZ. PER MS-b/PFT Numero di Serie: 90001890	NR	1
V-570302	MIP/MEP OPZ. MSCREEN-b/PFT Numero di Serie: 90001890	NR	1
V-375120	APS pro Provo Modulo per MS PFT con SeS Numero di Serie: 90001890	NR	1
V-577300	Single Seat License Net for SeS Numero di Serie: 90001894 Numero di Serie: 90001890 Numero di Serie: 90001869	NR	3
V-577400	Licence for server SeS network Numero di Serie: 90001895	NR	1

Offerte P13-0414+P13-0414bis

Garanzia 24 mesi

Prima della consegna contattare Dott. Oppo

CareFusion Italy 237 Srl Unip.
Via Tialno,4-50019-Sesto F.no(FI)
Reg AEE IT12030000007492-Reg PA IT12040P00002833
Italia

Telefono : 055.303391
Fax : 055.340025



DOCUMENTO DI TRASPORTO
(D.P.R. 14-18-96 N°472 art. 1 comma 3)

D.D.T. N. SP14-01300
DATA 19/03/14

ORDINE CLIENTE: OC14-00583 Del 13/01/14
Vs. Riferimento: BI-2013-185 del 27/12/13
Condizioni Pagamento 90 gg DF FM
Metodo Pagamento Rimessa Diretta
348/8041661

Per il collaudo prendere accordi con Ing. Clinica
Ing. Podda 0783/317330

Spett.Le
050223

Pagina 2

AZIENDA USL 5 ORISTANO
VIA CARDUCCI,35
09170 ORISTANO
OR
P.IVA:00681110953

Luogo Destinazione
SERVIZIO PNEUMOTISIOLOGICO
VIA MICHELE PIRA 48 3° PIANO
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO
09170 ORISTANO
Italia

CAUSALE DEL TRASPORTO VENDITA		PORTO FRANCO		ANNOTAZIONI	
TRASPORTO A MEZZO VETTORE		ASPETTO		COLLI 0	PESO KG
RAGIONE SOCIALE E INDIRIZZO VETTORE TNT TRACO			DATA ORA RITIRO		FIRMA VETTORE
Firma del conducente			Firma destinatario		

A.S.L. 5 - Oristano
U.O. PNEUMOLOGIA
Dr. Claudio Sano