



s.a.s.

Sede legale:

Via Legnano, 72 - 09134 Pirri (CA)

Ufficio commerciale:

Via S. Maria Chiara, 159 - 09134 Pirri (CA)

Tel./Fax 070.52.40.22 - Tel. 070.50.00.11

Email: abmed@tiscali.it

P.IVA: 02077670921

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

DESTINATARIO/INTESTAZIONE FATTURA DIFFERITA
 AZIENDA U.S.L. N.5
 VIA CARDUCCI, 37
 09170 ORISTANO OR

COD. CLIENTE		VS. ORDINE	DATA ORDINE	NS. RIF.	P. IVA/GOD. FISCALE	CAUSADE	DATA	NUMERO
18			/ /		00681110953		10/07/2014	14 - 557
MODALITA' DI PAGAMENTO					BANCA D'APPOGGIO			
R. DIRETTA 60 GG F.M.					UNICREDIT BANCA DI ROMA			
					CODICE IBAN: IT690200804820000400071209			
							PAGINA	
							VENDITA 1	

COD. PRODOTTO	DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITA'	PREZZO	%SC.	IMPORTO	IVA
Riferimento Dgt:	N. 354 Del 27/03/2014						
8403-0001-05	LAMPADA A FESSURA RO3000 5X C	PZ	1,000	5120,000		5120,00	22
	Completa di:						
96/SDH	TAVOLO ELETTRICO SOLO BASE AD "H"	PZ	1,000				22
100102-00	OFTALMOMETRO JAVAL mod. JVL/1 BASE FRAST	PZ	1,000	2380,000		2380,00	22
	Completo di:						
96/SDH	TAVOLO ELETTRICO SOLO BASE AD "H"	PZ	1,000				22
	CON PIANO, TRASFORMATORE E MENTONIERA						

	ORDINE N. BI-2014-9 DEL 19/02/14						
	CIG. : ZF10D77098						
	DETERMINAZIONE N. 429 DEL 2014						
	POLIAMBULATORIO DI GHILARZA						
	UTENTE: MEDDE GIULIANA						

TOTALE MERCE		SCONTO %	TOTALE SCONTO	TRASPORTO	IMBALLO	SPESE	
7.500,00							
IVA	IMPONIBILE	%IVA	IMPOSTA	DATA FATT./ACC	N. FATT/ACC	IMPORTO	
22	7.500,00	22,0	1.650,00				
ESENZIONI							
TOTALE IMPONIBILE		TOTALE IMPOSTA		TOTALE ESENTE	EFFETTI	SPESE BANCARIE	BOLLI
7.500,00		1.650,00					TOTALE FATTURA
							9.150,00

SCADENZE	PAGAMENTO SU FATTURA	ARROTONDAMENTO	NETTO A PAGARE
			9.150,00

//
//

1

Allegato n° 2 alla determinazione

Serv. Provveditorato N°

Corrisposto di n° 94



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

Via F. Bellini, 13
060984 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente:

ASL 5 OSTIAND

29509/CO

Data 22/5/14

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2014-9 del 19-02-'14 la ASL 5 OSTIAND, ha affidato alla Ditta A.B. Med S.A.S. (12984) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4598</u>	<u>FRASERMA</u>	<u>TAVOLO ELETTICO</u>	<u>96 SDH</u>	<u>627</u>
<u>4597</u>	<u>OSO</u>	<u>OFTALMOMETRO</u>	<u>SDVAL 4</u>	<u>09070112</u>
<u>4599</u>	<u>FRASERMA</u>	<u>TAVOLO ELETTICO</u>	<u>96 SDH</u>	<u>560</u>
<u>4600</u>	<u>ROBENSTOCK</u>	<u>LAMPANA A PESSINA</u>	<u>ROBENSTOCK 110300</u>	<u>2000390/ C12</u>

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. OCULISTICA presso la Struttura: POLIAMB. GHIARAZZA

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 27/3/14 con bolla nr. 354 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 22/5/14 presso POLIAMB. GHIARAZZA sono convenuti i signori:

SANDRA BEMONTAS Incaricato WA. CLINICA;

GIACOMO FINTUS Incaricato DITTA FORNITRICE;

CRISTIANO MELONI 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 Sandra Bemontas

Il Consegnatario del bene Cristiano Meloni

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

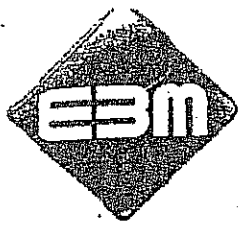
Il Responsabile della ditta fornitrice G. Pinter

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

Esercizio Amministrativo - Anni

1



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

N. Scheda

4597

Firma del tecnico verificatore

Scimozzis

Kit misura:

Scadenza
taratura:

Data verifico:

22/5/14

Anagrafica

Presidio: POL. G. HICANZA Unità Operativa: OCULISTICA Stanza: _____
Tipo/classe: OPTALMOMETRO Costruttore: CSO Modello: 31VCL 1
Matricola: 09070112 Inv.: _____ Cod. mod.: []/[] Cod. stanza: []/[]

Titolo di possesso: [01] Proprietà [02] Affitto/Noleggiate [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] Fuori uso

Velocità: Anno presunto di acquisto: [2014]

Configurazione

Configurazione: [SIS] Apparecchio a sistema [SIN] Singola [MOD] Modulare
Schede N.: [4598] [] [] [] [] []

Installazione: [M] Mobile [P] Fissa [AB] Batteria

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



Caratteristiche

Targa dati [NE] Inesistente [E] Esistente [NA] Non accessibile

Rete Alimentazione: [6] V_{AC} Frequenza: [50-60] Hz Potenza: [4] [VA] [W]

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

Tipo pari 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] Stilettido

Prot. defibrillatore [NR] Non riportata [DEF]

Marchio: [NR] Non riportata [MQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL] [GS]
 [E] N° identificativo: [00511]

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

Alimentazione

Morsetti: [NR] 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] CEE [A] altre [NA] Non accessibile [IS] Interruttore sicuro [FE] Feller

Marchio [NR] Non riportata [MQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]

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

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

Marchio [NR] Nessuno [MQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]

Connettore [BP] Bipolare [TP] Tripolare

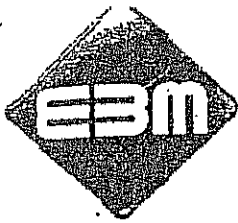
Altre alimentazioni [NR] Nessuna [VU] Vuoto [N2] Azoto [O2] Ossigeno [AC] Aria compressa

[CC] Batterie [GAS] Gas [N2O] N₂O [H2O] Acque [VAP] Vapore [CO2] Anidride

Documentazione

Documentazione [NI] Non indispensabile [ND] Assante [PT] Pronta [RE] Reperibile

Lingua [I] Lingua italiana [GB] Inglese [AL] Altre



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

N. Scheda
A598

Firma del tecnico verificatore

DeMurtas

Kit misura:

Scadenza
taratura:

Data verifica:

22/5/14

Anagrafica:
 Presidio: FOL. CHICANZA Unità Operativa: OCULISTICA Stanza: _____
 Tipo/classe: TAVOLO ALTRICO Costruttore: FRASERMA Modello: 96 SDH
 Matricola: 627 Inv: _____ Cod. mod.: []/[] Cod. stanza: []/[]

TITOLO DI POSSESSO: [D4] Proprietà [02] Affitto/Noleggic [03] Comodato d'uso [04] Regalie [05] Leasi
 [06] Altri enti [07] Uso gratuito [08] Service [09] Visione [10] Unive
Stato d'uso: [D4] Recente acquisto [02] Buono [03] Sufficiente [08] Usurato
 [07] Insufficiente [04] Pessimo [06] Fuori uso
Vetustà: Anno presunto di acquisto: [2014]

Configurazione: [SIS] Apparecchie a sistema [SIN] Singola [MOD] Modulare
 Schede N.: [A597 II II II]
Installazione: [MR] Mobila [FP] Fissa [AB] Batteria
Involucro: [ISO] Plastico isolante [CST] Conduttivo connesso a terra [CNT] Conduttivo non connesso a terra

Parametri:
Targa dati: [NE] Inesistente [ES] Esistente [NA] Non accessibile
Rete: Alimentazione: [220-240] V Frequenza: [50-60] Hz Potenza: [1,5] [VA] [W]
Classe: [NR] Non riportata [I] Classe I [II] Classe II [III] Classe III [A] Alimentazione
Tipo pari applicate: [NR] Non riportata [I] Tipo B [II] Tipo BF [III] Tipo CF [A] Più tipi
Protezioni anestetiche: [NR] Non riportata [AP] [APG]
Protezioni liquidi: [NR] Non riportata [IPX0] [SPR] Spruzzi (IPX4) [IMM] Immersione (IPX7) [STI] Stiticcio
Proct. defibrillatore: [NR] Non riportata [DEF]
Marchio: [NR] Non riportata [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL] [GS]
 [CE] N° identificativo: []
Proct. sovracorrenti: [NR] Non riportata [2] x [6,3 (A)] Altre Protezioni [APR] x [(A)]

Alimentazione:
Morsetti: [NE] Non riportata [EQ] Equipotenzialità [TF] Terra funzionale [TS] Terra di protezione
Spina: tipo [P2] 2 poli [P3] 3 poli [P4] 4 poli [SCH] Schuko [U] USA [M] Magic
 marchio [CE] CEE [AL] altra [NA] Non accessibile [IS] Interruttore sicuro [FE] Feller
Cavo: tipo [F] Fisso [SE] Separabile [IN] Intabbloccato
 poli [BP] Bipolare [TP] Tripolare [QP] Quadripolare [PP] Pentapolare
 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] N₂O [H2O] Acqua [VAP] Vapore [CO2] Anidride

Documentazione:
Documentazione: [NI] Non indispensabile [ND] Assente [RT] Pronta [RE] Reperibile
Lingua: [IT] Lingua italiana [GB] Inglese [AL] Altra

Violazioni

Impianto :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V60] Fresa non integra	[V61] Presa non conforme
		[V62] Assenza terra	[V63] Impianto non conforme
Protezioni da sovracorrenti :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[IN] Inesistenti	[NE] Assenti esterni
		[FSI] Senza indicazione	[PUF] Monopolari
Spina :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V01] Non integra	[V23] Non a norma
		[V06] Incompatibile	[V13] Assemblaggio scorretto
Cavo :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V03] Prolunga	[V33] Senza passacavo
		[V36] Senza fermacavo	[V35] Passacavo non conforme
		[V56] Bloccaggio difettoso	[V38] Senza passacavo/fermacavo
Connettore:	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V31] Non Integro	[V32] Non a norma

Altre violazioni

[V07] Interruttore volante	[V08] Parti calde non protette	[V09] Parti in tensione accessibili	[NFO] 62.51 assenza basiformatore isolamento
[V11] Pedale non a norma	[V17] Aperture nell'involucro	[PAM] Parte applicata a massa	[NFI] 62.51 assenza terra supplementare
[GUA] Apparecchio guasto	[IN] Involucro non integro	[V10] Parti in movimento non protette	[NFL] 62.51 apparecchio non elettromedicale in Area Paziente
[V04] Assenza interruttore	[CN] Cavo interconnessione non integro	[V57] Connettore pedale non conforme	[NSC] 62.51 assenza dispositivo di separazione
[CTN] Cambiatensione non a norma	[PI] Parte a bassa tensione isolata	[V16] Pannelli smontabili senza utensile	
[PCN] Parte componente guasta:			

Violazioni alle schede delle parti particolari

Codice violazioni (vedi schede norme particolari)

Nessuna violazione alle schede particolari : [OK]

Codici violazioni : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Prova di isolamento

[NE] Non effettuata [OK] Effettuata con esito positivo [NOK] Effettuata con esito negativo

Tipologia di misurazione

[N] Condizioni normali [AS] Acceso/spento [E] Per esame visivo [V] Con 250 V su parte applicata

Misura della resistenza del conduttore di protezione (R_o)

Cavo separabile	Pannello inferiore	Maniglia	Prese alimentazione
Pannello superiore	Pannello comandi	Braccio	
Pannello posteriore	Sportello		
Pannello anteriore	Involucro		

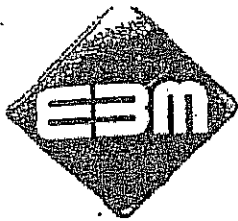
Riferimento misura per apparecchiature collegate permanentemente : []

Verifiche strumentali di sicurezza elettrica (VSE)

Condizioni	Nome Parte applicata:		Tipo dichiarato				Tipo dichiarato				Tipo dichiarato			
	Verso terra	Involucro	[NR]	[B]	[BF]	[CF]	[NR]	[B]	[BF]	[CF]	[NR]	[B]	[BF]	[CF]
			s.n.:				s.n.:				s.n.:			
			Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]					
Normale	On													
Normale + fase invertita	Off													
Terra interrotta														
Terra interrotta + fase invertita														
Fase interrotta														
Fase interrotta + fase invertita														

Nota

VERIFICA EFFETTUATA DALLA Ditta FORNITRICE



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

N. Scheda

4599

Firma del tecnico verificatore

Demurtas

Kit misura:

Scadenza taratura:

Data verifico:

22/5/14

Anagrafica

Presidio: POL. CITTADELLA Unità Operativa: SMB. OCULISTICA Stanza: _____
 Tipo/classe: TAVOLO ELETTICO Costruttore: FLASTEM Modello: 96 SD H
 Matricola: 960 Inv.: _____ Cod. mod.: []/[] Cod. stanza: []/[]

Titolo di possesso: [01] Proprietà [02] Affitto/Noleggic [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] Fuori uso

Vetustà: Anno presunto di acquisto: [2014]


Configurazione

Configurazione: [SIS] Apparecchie a sistema [SIN] Singola [MOD] Modulare
 Schede N.: [4600] [] [] [] []
 Installazione: [MR] Mobile [P] Fissa [AB] Batteria
 Involucro: [ISO] Plastico isolante [CCT] Conduttivo connesso a terra [CNT] Conduttivo non connesso a te

Parametri

Targa dati: [NE] Inesistente [ES] Esistente [NA] Non accessibile
 Rete: Alimentazione: [220-240] V Frequenza: [50-60] Hz Potenza: [4,5] [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 [V] Più tipi
 Protezioni anestetiche: [NR] Non riportata [AP]  [APG] 
 Protezioni liquidi: [NR] Non riportata [SPR] Spruzzi (IPX4) [IMM] Immersione (IPX7) [STI] Stitidicida
 Prot. defibrillatore: [NR] Non riportata [DEF]
 Marchio: [NR] Non riportata [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL] [GS]
 [ES] N° identificativo: []
 Prot. sovracorrenti: [NR] Non riportata [2] x [6,3 (A)] [APR] x [] (A) Altre Protezioni

Alimentazione

Morsetti: [NR] 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] CEE [AL] altre [NA] Non accessibile [IS] Interruttore sicuro [FE] Feller
 marchio: [NR] Non riportata [IMQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]
 Cavo tipo: [F] Fisso [SE] Separabile [IN] Interbloccato
 poli: [BP] Bipolare [TP] Tripolare [QP] Quadrupolare [PP] Pentapolare
 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] N₂O [H2O] Acqua [VAP] Vapore [CO2] Anidride

Documentazione

Documentazione: [NI] Non indispensabile [ND] Assente [PR] Pronta [RE] Reperibile
 Lingua: [IT] Lingua italiana [GB] Inglese [AL] Altra

Violazioni

Impianto :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V60] Fresa non integra	[V61] Prasa non conforme
		[V62] Assenza terra	[V63] Impianto non conforme
Protezioni da sovracorrenti :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[IN] Inesistenti	[NE] Assenti esterni
			[FSI] Senza indicazione
Spina :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V01] Non integra	[V23] Non a norma
		[V06] Incompatibile	[V13] Assemblaggio scorretto
			[V05] Multipla
			[V02] Adattatore
Cavo :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V03] Prolunga	[V33] Senza passacavo
		[V36] Senza fermacavo	[V35] Passacavo non conforme
		[V56] Eloccaggio difettoso	[V38] Senza passacavo/fermacavo
Connettore:	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V31] Non Integro	[V32] Non a norma

Altre violazioni

[V07] Interruttore volante	[V08] Parti calde non protette	[V09] Parti in tensione accessibili	[NFO] 62.51 assenza basformatore isolamento
[V11] Pedale non a norma	[V17] Aperture nell'involucro	[PAM] Parte applicata a massa	[NFI] 62.51 assenza terra supplementare
[GUA] Apparecchio guasto	[INI] Involucro non integro	[V10] Parti in movimento non protette	[NFL] 62.51 apparecchio non elettromedicale in Area Paziente
[V04] Assenza interruttore	[CIN] Cavo interconnessione non integro	[V57] Connettore pedale non conforme	[NSC] 62.51 assenza dispositivo di separazione
[CTN] Cambiatensione non a norma	[PI] Parte a bassa tensione isolata	[V16] Pannelli smontabili senza utensile	
[PCN] Parte componente guasta:			

Violazioni alle Schede delle norme particolari

Codice violazioni (vedi schede norme particolari)

Nessuna violazione alle schede particolari: [OK]

Codici violazioni: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Prove di isolamento

[NE] Non effettuata [OK] Effettuata con esito positivo [NOK] Effettuata con esito negativo

Tipologia di azione e misura

[N] Condizioni normali [AS] Accesso/spento [E] Per esame visivo [V] Con 250 V su parte applicata

Misura della resistenza dei conduttori di protezione (mΩ)

Cavo separabile		Pannello inferiore		Maniglia		Prese alimentazione	
Pannello superiore		Pannello comandi		Braccio			
Pannello posteriore		Sportello					
Pannello anteriore		Involucro					

Riferimento misura per apparecchiature collegate permanentemente: []

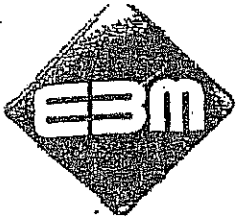
Verifica strutturale di sicurezza (mV)

Condizioni	Nome Parte applicata:		Tipo dichiarato				Tipo dichiarato				Tipo dichiarato				Tipo dichiarato			
	Verso terra	Involucro	[NR]	[E]	[BF]	[CF]	[NR]	[B]	[BF]	[CF]	[NR]	[B]	[BF]	[CF]	[NR]	[B]	[BF]	[CF]
			s.n.:				s.n.:				s.n.:				s.n.:			
			Tipo: [F] [NF]				Tipo: [F] [NF]				Tipo: [F] [NF]				Tipo: [F] [NF]			
Normale	On																	
Normale + fase invertita	Off																	
Terra interrotta																		
Terra interrotta + fase invertita																		
Fase interrotta																		
Fase interrotta + fase invertita																		

Note

Verifica Effettuata dalla ditta FORNITRICE

f



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

N. Scheda
4600

Firma del tecnico verificatore

Demotias

Kit misura:

Scadenza taratura:

Data verifico:

22/5/14

Anagrafica

Presidio: POL. CIVILIAZA Unità Operativa: AMB. OCULISTICA Stanza: _____
Tipo/classe: LAMPADA A FESSURA Costruttore: RODENSTOCK Modello: RO 3000
Matricole: 2000390/C12 Inv: _____ Cod. mod.: []/[] Cod. stanza: []/[]

Titolo di possesso: [01] Proprietà [02] Affitto/Noleggic [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] Fuori uso

Vetustà: Anno presunto di acquisto: [2014]

Caratteristiche

Configurazione: [SIS] Apparecchio a sistema [SIN] Singola [MOD] Modulare
Scheda N.: [4599] II II II II II

Installazione: [MR] Mobile [PI] Fissa [AB] Batteria

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

Parametri

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

Rete Alimentazione: [9] V Frequenza: [50] Hz Potenza: [3,5] [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] Stillicidio

Prct. defibrillatore [NR] Non riportata [DEF]

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

Prct. sovrapotenti: [NR] Non riportata [] x [(A)] Altre Protezioni [APR] x [(A)]

Alimentazioni

Morsetti: [NR] 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] CEE [A] altre [NA] Non accessibile [IS] Interruttore sicuro [FE] Feller

marchio [NR] Non riportata [MQ] [VDE] [TUV] [S+] [CSA] [AL]

Cavo tipo [F] Fisso [SE] Separabile [IN] Interbloccato
poli [BP] Bipolare [TP] Tripolare [QP] Quadripolare [PP] Pentapolare

marchio [NR] Nessuno [MQ] [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] N₂O [H2O] Acqua [VAP] Vapore [CO2] Anidride

Documentazione

Documentazione [NI] Non indispensabile [ND] Assente [P] Pronta [RE] Reperibile

Lingua [I] Lingua italiana [GB] Inglese [AL] Altra

Violazioni

Impianto :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V60] Fresa non integra	[V61] Fresa non conforme
		[V62] Assenza terra	[V63] Impianto non conforme
Protezioni da sovracorrenti :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[IN] Inesistenti	[NE] Assenti esterni
			[PUR] Maxipolari
			[FSI] Senza indicazione
Spina :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V01] Non integra	[V23] Non a norma
		[V06] Incompatibile	[V13] Assemblaggio scorretto
			[V05] Multipla
			[V02] Adattatore
Cavo :	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V03] Prolunga	[V33] Senza passacavo
		[V36] Senza fermacavo	[V35] Passacavo non conforme
		[V55] Bloccaggio difettoso	[V38] Senza passacavo/serracavo
Connettore:	<input checked="" type="checkbox"/> Nessuna violazione	[V31] Non integro	[V32] Non a norma

Altre violazioni

[V07] Interruttore volante	[V08] Parti calde non protette	[V09] Parti in tensione accessibili	[NFO] 62.51 assenza basiformatore isolamento
[V11] Pedale non a norma	[V17] Aperture nell'involucro	[PAM] Parte applicata a massa	[NFI] 62.51 assenza lena supplementare
[GUA] Apparecchio guasto	[INI] Involucro non integro	[V10] Parti in movimento non protette	[NFL] 62.51 apparecchio non elettromedicale in Area Paziente
[V04] Assenza interruttore	[CIN] Cavo interconnessione non integro	[V57] Connettore pedale non conforme	[NSC] 62.51 assenza dispositivo di separazione
[CTN] Cambiatensione non a norma	[FI] Parte a bassa tensione isolata	[V15] Pannelli smontabili senza utensile	
[PCN] Parte componente guasta:			

Violazioni alle schede delle parti particolari

Codice violazioni (vedi schede nome particolari)

Nessuna violazione alle schede particolari : [OK]

Codici violazioni : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Prove di isolamento

[NE] Non effettuata [OK] Effettuata con esito positivo [NOK] Effettuata con esito negativo

Tipi di taratura e misurazione

[N] Condizioni normali [AS] Acceso/spento [E] Per esame visivo [V] Con 250 V su parte applicata

Misura dell'area sistema di conduttore di protezione (in V)

Cavo separabile	Pannello inferiore		Maniglia		Prese alimentazione
Pannello superiore	Pannello comandi		Braccio		
Pannello posteriore	Sportello				
Pannello anteriore	Involucro				

Riferimento misura per apparecchiature collegate permanentemente : []

Verifica strumenti di sicurezza elettrica (in V)

Condizioni	Nome Parte applicata:		Tipo dichiarato				Tipo dichiarato				Tipo dichiarato				Tipo dichiarato			
	Verso terra	Involucro	[NR] [B] [BF] [CF]				[NR] [B] [BF] [CF]				[NR] [B] [BF] [CF]				[NR] [B] [BF] [CF]			
			s.n.:				s.n.:				s.n.:				s.n.:			
			Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]		Tipo : [F] [NF]			
Normale	On																	
Normale + fase invertita	Off																	
Terra interrotta																		
Terra interrotta + fase invertita																		
Fase interrotta																		
Fase interrotta + fase invertita																		

Note

Verifica effettuata dalla ditta FORNITRICE

9



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SARDEGNA

Medicina del Lavoro - Settore Medico Competente
tel. 0783/317744 - 45 Fax 0783/317747

DATA / /

Prot.N° - -

Tipo di visita medica:

- Preventiva
- Preventiva preassuntiva
- Periodica
- Su richiesta
- Cambio mansione
- Fine rapporto lavoro
- Dopo 60 giorni di malattia

Al Direttore Generale
ASL 5 Oristano
Sede

Al Direttore Sanitario
P.O. _____

Al Resp. Reparto _____

Al Direttore SPS
ASL 5 Oristano

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

Si certifica che il dipendente _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ operante c/o l'azienda (ragione sociale) _____
nel reparto/servizio _____ con la mansione di _____

esposto al rischio:

- movimentazione carichi (o pazienti) postura sovraccarico biomeccanico _____ VDT _____
- rischio cancerogeno mutageno microclima vibrazioni rumore infortunistico stress lavoro nott./rep./turni
- rischio allergico rischio chimico: lieve medio alto antiblastici gas anestetici fumi vapori polveri
- radiazioni _____ rischio biologico: effettivo potenziale

é stato ritenuto:

- Idoneo
- Idoneo (con esami in corso)
- Idoneo con prescrizioni
- Idoneo con limitazioni
- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

IL Medico del Lavoro Competente _____



Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sul significato e i risultati della sorveglianza sanitaria e la corretta espressione dei dati anamnestici e sulla possibilità di effettuare ricorso, avverso il giudizio di inidoneità, all'organo di vigilanza competente, ai sensi della normativa vigente, entro il termine di 30 giorni.

Lavoratore _____ (per ricevuta)

data cadenza visita medica successiva: _____

data trasmissione giudizio al lavoratore: _____

data trasmissione giudizio al datore di lavoro: _____

10



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SARDEGNA
Medicina del Lavoro - Settore Medico Competente
tel. 0783/317744 - 45 Fax 0783/317747

DATA / /

Prot.N° - -

Tipo di visita medica:

- Preventiva
- Preventiva preassuntiva
- Periodica
- Su richiesta
- Cambio mansione
- Fine rapporto lavoro
- Dopo 60 giorni di malattia

Al Direttore Generale
ASL 5 Oristano
Sede

Al Direttore Sanitario
P.O. _____

Al Resp. Reparto _____

Al Direttore SPS
ASL 5 Oristano

GIUDIZIO DI IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

Si certifica che il dipendente _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ operante c/o l'azienda (ragione sociale) _____
nel reparto/servizio _____ con la mansione di _____

esposto al rischio:

- movimentazione carichi (o pazienti) postura sovraccarico biomeccanico _____ VDT _____
- rischio cancerogeno mutageno microclima vibrazioni rumore infortunistico stress lavoro nott./rep./turni
- rischio allergico rischio chimico: lieve medio alto antiblastici gas anestetici fumi vapori polveri
- radiazioni _____ rischio biologico: effettivo potenziale

é stato ritenuto:

- Idoneo
- Idoneo (con esami in corso)
- Idoneo con prescrizioni
- Idoneo con limitazioni
- Inidoneo temporaneamente
- Inidoneo permanentemente

IL Medico del Lavoro Competente _____



Il sottoscritto dichiara di essere stato informato sul significato e i risultati della sorveglianza sanitaria e la corretta espressione dei dati anamnestici e sulla possibilità di effettuare ricorso, avverso il giudizio di inidoneità, all'organo di vigilanza competente, ai sensi della normativa vigente, entro il termine di 30 giorni.

Lavoratore _____ (per ricevuta)

data cadenza visita medica successiva: _____

data di trasmissione giudizio al lavoratore: _____

data di trasmissione giudizio al datore di lavoro: _____

ll



Il Servizio Ingegneria Clinica

Collaudo n. 147_/IC14/VP

Oristano li, 19 Maggio 2014

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

Oggetto: Comunicazione affidamento collaudo di apparecchiature per l'ambulatorio di oculistica del Poliambulatorio di Ghilarza

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 lampada a fessura completo di tavolo elettrico
- n.1 oftalmometro completo di tavolo elettrico

Determina Servizio Provveditorato: n.429 del 17/02/2014
Ordine BI-2014-9 del 19/02/2014

Referente asl da contattare per il collaudo: Dr. Meloni a 3404004099

Ditta Fornitrice: A.B. MED ref. Giacomo 3481558225

Eventuale documentazione tecnica potrà essere richiesta al Servizio Provveditorato,
Rif. Pratica Sig. Medde Giuliana 0785 560238

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



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>GIACOMO PINTOS</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>AB MED S.A.S.</u>	

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. JVAL 1 - RD 3000 numero di serie 09070112 - 20002901012 numero di installazione 4597 - 4600

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO NOVEMBRE 2014
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO MAGGIO 2015
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO NOVEMBRE 2014
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO MAGGIO 2015
CONTROLLO FUNZIONALE	—
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO NOVEMBRE 2014
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO MAGGIO 2015
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)

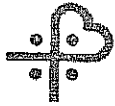
G. Pintos

l'Amministrazione Contraente

(timbro e firma)

Edo Mei

13



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

Il sottoscritto	<i>Dot. CRISTIANO MELONI</i>
In qualità di Responsabile del Servizio di	<i>AMBUGAT. OCULISTICA</i>

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di OPTALMOMETRO AS97 / LAMP. FESSURA 2600 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	<i>GIACOMO PINTUS</i>
In qualità di	<i>INGEGNERO</i>
della Ditta	<i>ABMED SAS</i>

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

22 / 5 / 14

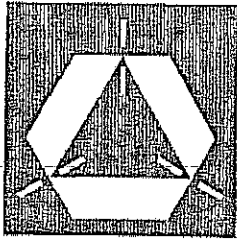
dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta ABMED SAS vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

G. Pintus

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Contraente



FRASTEMA s.r.l.
ophthalmic equipments

OFFICINA MECCANICA / FACTORY
AMMINISTRAZIONE
VIA BONICALZA 138
21012 CASSANO MAGNAGO (VA) ITALY
TEL. +039-0331-201009 - FAX +039-0331-281285
e-mail : frastema@un.it

FACTORY WITH CERTIFIED QUALITY
MANAGEMENT SYSTEM ISO 9001:2008
Registration Number IT-7707

C.G.I.A.A. 123816 VARESE
TRIB. BUSTO A. REG. SOC. N.8532
CODICE FISCALE 00359480126
PARTITA IVA numero 00359480126

**DECLARATION
OF
CONFORMITY
CE**

**WE FRASTEMA s.r.l. - VIA BONICALZA 138 -
21012 CASSANO MAGNAGO (VA) ITALY**

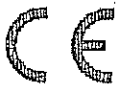
**DECLARE UNDER OUR SOLE RESPONSABILITY
THAT THE PRODUCT OF CLASS 1 TYPE B**

**art. 96/SDH
ELECTRICAL TABLE WITH H BASE**

**IS IN CONFORMITY WITH THE ESSENTIAL
REQUIREMENTS OF DIRECTIVE 93/42 EEC
FOR MEDICAL DEVICE.
BY APPLYING THE FOLLOWING STANDARD
EUROPEAN RULES EN 60-601-1
AND ITALIAN RULES CEI 62.5**

10 February 2010

In faith
FRASTEMA s.r.l.



KONFORMITÄTSERKLÄRUNG
DECLARATION OF CONFORMITY

Buchmann Deutschland GmbH
Jägerstrasse 58
D-40231 Düsseldorf

Wir erklären hiermit, dass das Produkt
We herewith declare, that the product

SPALTLAMPE
SLIT LAMP

Marke
brand name

RODENSTOCK

Typ
type

RO 3000

konstruiert und gebaut wurde in Übereinstimmung
mit den Anforderungen der Richtlinie 93/42/EWG
für Medizinprodukte der Klasse I

is designed and build in accordance with the
requirements contained in
Medical Device Directive 93/42/EEC for class I
Products

sowie in Erfüllung der folgenden Normen:
EN 60601-1 allgemeine Festlegungen für die
Sicherheit, auf der Grundlage der
Risikoanalyse

and in compliance with following norms:
EN 60601-1 Standard for electromedical devices
as the safety reference, based on
risk analysis

EN 60601-2 besondere Festlegungen für die
Sicherheit für elektromagnetische
Verträglichkeit

EN 60601-2 collateral standards for
electromedical devices as the
reference for the electromagnetic
compatibility


ISO 10939 „Ophthalmologische Geräte –
Spallampen Mikroskope“

ISO 10939 „Ophthalmic instruments – slit lamp
microscopes“

In Übereinstimmung mit den angegebenen
Richtlinien wurde das CE Zeichen am Gerät
angebracht.

On instrument it's present the CE mark in
accordance on this directive.

Düsseldorf, 26.10.2005


authorised representative
Buchmann Deutschland GmbH



Dichiarazione di conformità a direttiva CEE
Statement of compliance with EEC Directive



0051

La C.S.O. srl - Costruzione Strumenti Oftalmici con sede e stabilimento in *with*
headquarters at Via Degli Stagnacci 12/E - Cap 50018 - Badia a Settimo - Scandicci -
Firenze - Italia

Fabbricante responsabile *manufacturers*

Famiglia / Family: Oftalmometro - *Ophthalmometer*

Modello - *Model: JVL1*

nella persona dei suoi legali rappresentanti Sergio Mura e Giuseppe Matteuzzi,
in the person of its legal representative Sergio Mura and Giuseppe Matteuzzi

DICHIARA
WHO ASSUMES


sotto la propria personale responsabilità
full personal liability for the following, hereby certifies

che il prodotto sopra menzionato è progettato
e costruito in conformità alle prescrizioni
contenute nella:

Direttiva 93/42/CEE "Dispositivi Medici"
del 14/06/1993 come emendato dalla
direttiva 2007/47/CE

Applicando le seguenti norme armonizzate:

- CEI EN 60601-1 "norma generale per la
sicurezza degli apparecchi elettromedicali"
"norma Italiana CEI 62-5, edizione 1991
fascicolo n. 1445
- CEI EN 60601-1-2 "norma collaterale per
la compatibilità elettromagnetica per gli
apparecchi elettromedicali" "norma
Italiana CEI 62-50 - edizione 2001.
- Esso è di classe I, (allegato IX della
direttiva citata) ed è dispositivo di
misura.
- E' stato immesso in commercio con la

marcatūra  0051, comprendente il
numero di codice dell'organismo notificato
(IMQ) n. certificato 811/MDD.

I rapporti completi di test eseguiti su un
esemplare di serie e il resto della
documentazione tecnica, e di assicurazione
qualità (prevista dall'allegato VII della direttiva
citata) sono conservati nell'archivio della CSO
srl.

Scandicci 13/07/10

*that the aforementioned product is designed
and built in compliance with the requirements
contained in:*

*Directive 93/42/EEC "medical devices"
dated 14/06/1993, as emended by
2007/47/CE directive*

using the following norms:

- "CEI EN 60601-1 Standard for
electromedical devices" (2nd edition - 1991
and subsequent modifications thereto).
- "CEI EN 60601-1-2 (edition -2001)
collateral standards for electromedical
devices" as the reference for the
electromagnetic compatibility.
- The product is class I, as the cited
Directive; and it is a measurement device
- It is put in market with mark



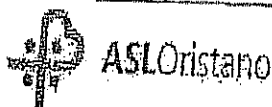
0051, including the code number
of the notify body (IMQ) certificate n.
811/MDD.

*The complete test reports performed on one
model taken from the series production, and
the rest of the technical, production and
quality assurance documents (as called for in
attachment VII to cited directive), are on file in
the CSO srl company archives.*

Firma legale rappresentante

Signature of the legal representative

ASL 5 ORISTANO
 CARDUCCI, 35
 ORISTANO (OR), ITALY, CAP: 09170
 G.F. e P.IVA 00661110953



http://www.asloristano.it
 Email :
 Tel : (+39)

M. G. Demurtas

ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : BI - 2014 - 9
 DEL : 19/02/2014

UTENTE : MEDDE GIULIANA
 TELEFONO : 0785/580238

TIPOLOGIA: A53 - ORDINE IN ECONOMIA

FORNITORE

A.B. MED. S.A.S. (12984)
 VIA SANTA MARIA CHIARA - PIRRI, 159
 09134 CAGLIARI (CA)
 TELEFONO : 070/500011
 FAX : 070/524022
 E-MAIL : abimed@liscali.it

CIG: ZF10D77096

AGGIUDICAZIONE COTTIMO FIDUCIARIO FORNITURA APPARECCHIATURE PER L'AMBULATORIO DI OCULISTICA DEL POLIAMBULATORIO DI GHILARZA. UTILIZZO FINANZIAMENTO DGR 45/17 DEL 21.12.2010 RIMODULATO CON DGR 33/17 DEL 31/07/2012 - PUNTO 4) - DITTA A.B.MED. DI PIRRI (CA)

PROVVEDIMENTO: DETERMINAZIONE RESP. SERV. ACQUISTI N. 429 DEL 2014 - AGGIUDICAZIONE COTTIMO FIDUCIARIO FORNITURA APPARECCHIATURE PER L'AMBULATORIO DI OCULISTICA DEL POLIAMBULATORIO DI GHILARZA. UTILIZZO FINANZIAMENTO DGR 45/17 DEL 21.12.2010 RIMODULATO CON DGR 33/17 DEL 31/07/2012 - PUNTO 4)

■ Note: LA CONSEGNA DOVRA' ESSERE EFFETTUATA PREVI ACCORDI CON IL REFERENTE DEL SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA SIG. VIOLA SALVATORE - TEL. 0785/560264

COD. UNIV.	QNTA.	DESCRIZIONE	PREZ. UNIT.	PREZ. TOT.	IVA	TOT. IVA	IMPOSTA
904629	N 1,00	OFTALMOMETRO JAVAL completa di planetta, mentoniera, trasformatore a base a sollevamento elettrico 96/SDH FRASTEMA e cod. JVL/1	2 380,00	2 380,00	22,00	2 903,60	
1124818	N 1,00	LAMPADA A FESSURA 5 ingrandimenti - predisposta per sistema digitale - completa di planetta, mentoniera, trasformatore a base a sollevamento elettrico 96/SDH FRASTEMA e marca Rodenstock - cod. RO 3000	5 120,00	5 120,00	22,00	6 246,40	

CODIVA		22	22,00	IMPOSTA		7 500,00	1 650,00
TOTALE IMPONIBILE		7 500,00		TOTALE IVA		1 650,00	
				TOTALE ORDINE		9 150,00	

Magazzino Ricevente
 M23 - MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE

Centro di Destinazione
 R0206 - ASSIST. SPECIAL. AMB. DIRETTA POLIAMB. GHILARZA

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°5 di Oristano oneri per l'eventuale ritardato pagamento determinato dalla omessa indicazione del 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°5 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.

Avviso importante per il fornitore
 citare tassativamente nella fattura e nella bolla:
 sigla, numero, data ordine, nominativo utente

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
 PROVVEDITORATO
 (D. Ssa Maria Gerolina Demurtas)

19



S.p.A.

Sede legale:

Via Legnano, 73 - 09134 Pirri (CA)

Ufficio commerciale:

Via S. Maria Chiara, 159 - 09134 Pirri (CA)

Tel./Fax: 070.52.40.22 - Tel. 070.50.00.11

Email: abmed@tiscali.it

P.IVA: 02077670921

DOCUMENTO DI TRASPORTO
(D.d.t.)

D.P.R. 472 DEL 14-08-1996

LUOGO DI DESTINAZIONE POLIAMBULATORIO GHILARZA VIA SANTA LUCIA 54 09074 GHILARZA OR	CESSIONARIO: DOMICILIO O RESIDENZA AZIENDA U.S.L. N.5 VIA CARDUCCI, 37 09170 ORISTANO OR
--	---

ORDINE CLIENTE	DATA ORDINE / /	PORTO DIFRETTAMENTO /	RESA FRANCO	DATA DOCUMENTO 27/03/2014	NUMERO 354	PAGINA 1
----------------	--------------------	--------------------------	--------------------	------------------------------	---------------	-------------

MODALITA' DI PAGAMENTO
R. DIRETTA 60 GG F.M.

BANCA D'APPOGGIO

CCO. CLIENTE 18	P. IVA O CODICE FISCALE 00681110953	COD. AGENTE	AGENZIA AGENTE	CAUSALE DEL TRASPORTO VENDITA
--------------------	--	-------------	----------------	----------------------------------

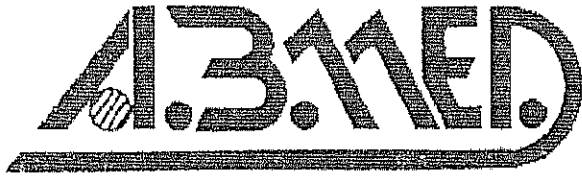
CODICE FABBRICATO	DESCRIZIONE	Q-M	QUANTITA'
96/SDH Lotto: 560	TAVOLO ELETTRICO SOLO BASE AD "H" Data Scadenza: / /	PZ	1,00 1,00
8403-0001-05 Lotto: 2000390/C12	LAMPADA A FESSURA RO3000 5X C Data Scadenza: / /	PZ	1,00 1,00
96/SDH Lotto: 627	TAVOLO ELETTRICO SOLO BASE AD "H" Data Scadenza: / /	PZ	1,00 1,00
100102-00 Lotto: 09070112	OFTALMOMETRO JAVAL mod. JVL/1 BASE FRAST Data Scadenza: / /	PZ	1,00 1,00
	COMPLETO DI PIANO, TRASFORMATORE E MENTONIERA		0
	*****		0
	RIF.VS.ORDINE N. BI-2014-9 DEL 19/02/14		0
	CIG. : ZF10D77098		0
	UTENTE: MEDDE GIULIANA		0
	*****		0

TRASPORTO A CURA DEL: <input checked="" type="checkbox"/> CEDENTE <input type="checkbox"/> CESSIONARIO <input type="checkbox"/> VETTORE	ASPETTO ESTERIORE DEI BENI A VISTA	H. COLLI 4	PESO 40,00
--	---------------------------------------	---------------	---------------

VETTORE E/O CONDUCENTE	DATA E ORA RITIRO/INIZIO TRASPORTO 27/03/2014 13,00	FIRMA DEL CONDUCENTE
------------------------	---	----------------------

ANNOTAZIONI - VARIAZIONI	NUMERO PROGRESSIVO (1)	FIRMA DEL CESSIONARIO
--------------------------	------------------------	-----------------------

90



Certificato di Collaudo

Rich. Intervento	Del

N°	Data

Ente		ASL 5 ODISTANA	
Indirizzo		VIA CAROVCCI, 35	C.A.P. 09170 Comune ODISTANA
Presidio		POLIAMBULATORIO	Comune GHILANZA
Reparto		Oculistica	
Incaricati dell'Ente			
Dott.ssa			
Dott.		CRISTIANO MELONI	
Sig.			
Incaricati della ditta		Sig.	
Apparecchiature collaudate			s/n o matr.
LAMPADA A FESSURA			
RODENSTOCK RO 3000			2000390/C12
COMPLETA DI TAVOLE ELETTRICO FRASIERA 96SDH			560
TRASFORMATORE 6V.			30138
OFALMOMETRO JAVAL 1			
COMPLETO DI TAVOLO ELETTRICO 96SDH			627
TRASFORMATORE 6V.			09070003
D.d.T n°	354	Del	27-03-2014
D.d.T n°		Del	
Per l'importo complessivo di			

Si dichiara che quanto sottoposto a collaudo è risultato nuovo, perfettamente funzionante e corrispondente a quanto ordinato e fatturato, ed idoneo all' uso per cui è destinato.

Timbro e Firma Ente

Timbro e firma ditta

Costa Fuc

G. P...



Esercizio: 2014
Stampato il: 21/10/2014

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2014 - 151 **del:** 22/05/2014
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Delibera: 429 **del:** 17/02/2014

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: R0206 - ASSIST. SPECIAL. AMB. DIRETTA POLIAMB.GHILARZA

Ordine: BI/2014/9

Movimento: M23/2014/2607

Cespiti	Prodotto	Classe Mercologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Stipito
Z51/50398	904629 - OFTALMOMETRO	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	A.B. MED. S.A.S.	3-C/CAPITALE	2 903,60

Matricola: 09070112

Note: JAVAL completo di pianetto, mentoniera, trasformatore e base a sollevamento elettrico 96/SDH FRASTEMA, cod. JVL/1
OFTALMOMETRO JAVAL, INV IC 4597
TAVOLO ELETTRICO FRASTEMA, MOD. 96 SDH, MATRICOLA 627, INV IC 4598

Z51/50399	1124818 - LAMPADA A FESSURA	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	A.B. MED. S.A.S.	3-C/CAPITALE	6 246,40
-----------	-----------------------------	--	------------------	--------------	----------

Matricola: 2000390/C12

Note: 5 ingrandimenti - predisposta per sistema digitale - completa di pianetto, mentoniera, trasformatore e base a sollevamento elettrico 96/SDH FRASTEMA, marca Rodenstock - cod. RO 3000
LAMPADA FESSURA RODENSTOCK, INV IC 4800
TAVOLO ELETTRICO FRASTEMA, MOD. 96 SDH, MATRICOLA S80, INV IC 4599

Cespiti: 2 **Totale CdC:** 9 150,00