

dm HOME CARE
soluzioni per la sanità

dm s.r.l.
Plazza Sannazzaro, 200 - 80122 Napoli
fax +39 081 3425178
tel. +39 081 188 65692
Info@dmhomecare.it
P.Iva 06290981213 - CCIAA 806527

tipo documento	numero	data	cliente
FATTURA	117	15/12/2014	Spett.le

ASL 5 ORISTANO
VIA CARDUCCI, 35
09170 ORISTANO OR
P.IVA 00681110953

Pagamento: RD

Banca: MPS ag. 24 Napoli - IBAN - IT 44 U 01030 03409 000063205034

Articolo	Descrizione	UM	Quantità	Prezzo unitario	Totale
Rif. Ddt n. 142 del 10/12/2014					
DMC09062 06 99	PONY FX MIP MEP SPIR. PORT. COSMED S/N 2014110088	PZ	1,00	€ 2.200,00	€ 2.200,00

RIF. VS. ORD. N. BI 2014 161 DEL 21.11.14
RIF. D.SSA FAA ELEONORA
CIG ZAD11CEE85
ORDINE MEPA N. 1716959

DESTINAZIONE
FARMACIA P.O. "A.G. MASTINO" DI BOSA
VIA PISCHEDDA SNC
09018 BOSA OR
D.SSA ARRU

ASL N. 5 - ORISTANO
Resp. Prot. _____
PERVENUTO IL
13 DIC 2014
Prot. n. _____ del _____
Altri: _____

Contributo ormai assolto ove dovuto

	Imponibile	22%	Rit. Acc. 23%	Enasarco 6,75%	Totale
	2.200,00	484,00	-	-	€ 2.684,00

Decreto Legge N. 196 del 30/06/2003, Tutela della Privacy: Vi informiamo che i Vs. dati anagrafici sono inseriti in una nostra banca dati e vengono utilizzati per fini amministrativi e per adempimenti di obblighi di legge.



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

Via F. Bellini, 13
 08034 FOLIGNO (Pg)
 Tel. 0742/32881
 Fax 0742/328832
 www.abm.it
 info@abm.it

Cliente:

ASL 5 ONISTANO

15070/co

Data 29/12/14

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2014-161 del 21/11/2014 la ASL 5 ONISTANO, ha affidato alla Ditta DM S.R.L. (1384471) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
4808	COSMED	SPINOMETRO	Pony Fx MIP/MEP	2014110088
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. MEDICINA SP. MITIVA presso la Struttura: OSP. MISTANO BOSI

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 10/12/14 con bolla nr. 142/2014 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 29/12/14 presso AMB. MEDICINA SP. MITIVA BOSI sono convenuti i signori:

SANDRA BERNINIS Incaricato ING. CLINICA ASL5
Alessandro Mancini Incaricato Ditta FORNITRICE
Dott.ssa PUGGIONI Incaricato ASL5
 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 Berninis

Il Consegnatario del bene Alessandro Mancini

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

Il Responsabile della ditta fornitrice Delegato

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.ssa. PUGGIOMI
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMBULAT. MEDICINA SPORTIVA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di SPINDOMETRO PONY FX MIP/MEP 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 MANCIAS
In qualità di	DELEGATO
della Ditta	DM S.V.L.

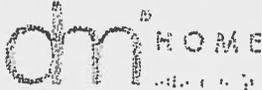
Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

29/12/2014

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta DM S.V.L. (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



CERTIFICATO DI COLLAUDO

N. Collaudo : 10/2014

Data:

DOCUMENTO DI TRASPORTO - DDT 142 DEL 10/12/2014

ORE:

Garanzia : 12 MESI

Tecnico:

Persone Addestrate:

Fatturato a:

AQUILA S ORISTANO

Via Carducci, 35

09170 Oristano (OR) P.I.V.A. e Cod. Fiscale : 00631110953

Tel. 0783317780 Fax.078371315

RIF. ORDINE : N. DI - 2014 - 161 del 21 - 11 - 14 - RIF. E.FAA CIG ZAD11CEERS - ORDINE MEQA 1716959

Luogo di installazione:

PRESIDIO OSPEDALIERO "A.G. MASTINO" DI BOSA - VIA PISCINEDDA snc - BOSA (OR)

E-mail

Fax

Altri Partecipanti

Apparecchiature installate:

CODICE ARTICOLO : IMC09052-05-99 DESCRIZIONE PONY TX MIP MEP

RIA.SERIALE : 201110988

SOFTWARE: SI

NOTE:

Garanzia: 12 MESI

Sistemi Collegati:

Documenti Allegati: DDT 142 DEL 10/12/2014

Report di Calibrazione:

Eventuali test effettuati:

Note:

Firma del Cliente e Timbra

Gabriele Puggioni

Firma del Tecnico

Alberto Caporaso



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>Alessandro Mancias</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>DM S.V.L. (1384471)</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. Pony FX MIP/MEP numero di serie 9214110088 numero di installazione 4808

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>NON PREVISTA</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>NON PREVISTA</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>NON PREVISTA</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>

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)

Spett. Le
AOUSL S ORISTANO
Via Carducci,35
09170 ORISTANO OR
SERVIZIO PROVVEDITORATO

Oggetto: delega per la procedura di collaudo di uno spirometro portatile computerizzato con modulo MIP/MEP per le esigenze dell' "Ambulatorio di Medicina Sportiva"

Io sottoscritto Mancini Pasquale nato a Napoli il 15/10/1967 domiciliato in Via Solimena, 80 Napoli C.I. MNCPQL67R15F839E, in qualità di Amministratore Unico della società DM srl con sede legale in Piazza Sannazzaro, 200 80122 Napoli e sede operativa in Viale Lelizia, 2 80131 Napoli P.IVA 06290981213 iscrizione alla camera di commercio di Napoli con numero REA 806527

DELEGA

Il Sig. Marcias Alessandro , Nato a Cagliari (Ca) il 02/06/1965 e residente in Selargius (Ca) alla Via S.Salvatore n.15 C.F.MRCLSN65H03V354M a effettuare per conto della DM S.r.l il collaudo del dispositivo in oggetto, che avrà luogo il giorno 29/12/2014 ore 11:00 presso l'Ambulatorio di Medicina Sportiva di del P.O. "AG MASTINO" di Basa (Or).

La presente delega è da intendersi valida ogni qualvolta si rendesse necessario fino a chiusura della trattativa medesima.

Ci è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

In Fede

DM S.r.l.

Pasquale Mancini
Amministratore Unico



Esercizio : 2015
Stampato il 08/01/2015

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2014 - 199 **del:** 29/12/2014
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Delibera: 2975 **del:** 20/11/2014

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: P0203 - IGIENE PUBBLICA DIST.GHILARZA-BOSA
Localizzazione: UASL5BO001 - OSP -A.G.MASTINO BOSA

Ordine: BI/2014/161

Movimento: M23/2015/1

Cespite	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/50823	904388 - SPIROMETRO#	051301 - ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	DM S.R.L.	3-C/CAPITALE	2 684,00

Matricola: 2014110088

Note: AMB. MEDICINA SPORTIVA
MODELLO PONY FX MIP/MEP CODICE ART. FORNITORE DMC09082-05-89 MARCA COSMED
INV. IC 4808

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