



**Elettrotecnica
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 CRISTANO

15079/CO

Data 3/2/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° B1-2014-105 del 4-12-14 la ASL 5 CRISTANO ha affidato alla Ditta GENERAL RAY S.p.A. (16543) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4835</u>	<u>GIEFFE</u>	<u>RADIOBISITA</u>	<u>HYPEMON</u>	<u>2013293</u>
Allegato n° <u>01</u> alla <u>delibera</u> N° _____ del _____ Composto di n° <u>33</u> fogli				
Accessori				

la assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB DERMATOLOG presso la Struttura: POLIAMB BOSA

Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 2/2/15 con bolla nr. 006-2015 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 3/2/15 presso POL. BOSA sono convenuti i signori:

SARANA BENVENUTI Incaricato ING. CLINICA;
SESTICO BUNATTINI Incaricato DITTA FORNITRICE;
DOTT.SSA TERDE Incaricato ASL 5;
 Incaricato _____

compresenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- sono state regolarmente installate (vedi allegati);
 - sono regolarmente funzionanti;
 - sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
 - hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
 - sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
 - possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
 - 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

Il presente verbale è stato confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Responsabile/delegato della E.B.M. Srl SARANA BENVENUTI
 Consegnatario del bene ASL 5 CRISTANO
 Referente Amm.vo dell'Azienda POLIAMBULATORIO DI BOSA
AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA
 Responsabile della ditta fornitrice DOTT.SSA GIUSEPPINA TERDE

- ### In Allegato:
- Certificati installazione ditta fornitrice
 - Scheda di verifica e collaudo
 - Attestato di formazione rilasciato al personale
 - Verbale di presa in carico beni mobili


GENERAL RAY

General Ray S.R.L.
Via Umana n.5
07100 Sassari
P.I.V.A. 02107820900
R.E.A. - C.C.I.A.A. N.149171

Tel. +39 079 240153
Fax. +39 079 2590569
E-mail : general.ray@tiscali.it
Capitale Sociale €10.000,00 i.v.



SCHEDA DI ISTRUZIONE E COLLAUDO

“RADIOBISTURI – GENERATORE DI FREQUENZA HYPERION”

COMPOSTO DA:

Generatore Radiobisturi: Produttore: CEB **Modello:** HYPERION 400-005
Carrello Dedicato : Produttore: CEB **Modello:** 100-005

Azienda : ASL ORISTANO **Classe:** Classe II – Tipo B

Presidio: POLIAMBULATORIO DERMATOLOGIA **Matricola:** S/N 201329__

Ubicazione: BOSA (OR)

Inv.Ospedale: _____

DATA	TIPO ISTRUZIONE	REPARTO	NOME COGNOME	MANSIONE	ORE
3/2/15	USO	Derma	GIUSEPPINA TEDE	DOTT.SSA	13.50

Data

3/2/15

Timbro e Firma

ASL N.5 ORISTANO
POLIAMBULATORIO DI BOESA
AMBULATORIO DERMATOLOGIA
DOTT.SSA GIUSEPPINA TEDE





Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	Dott. SSA TADE
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMBULAT. ORNATOLOGIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di DAMBIBISTORI HYPERMON 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	LUCA FAIGIEMO / SESTICIO BUNATTINI
In qualità di	INCAUCATO
della Ditta	GENERAL RAY

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

3/12/15

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

Per il Fornitore
(firma)

[Handwritten signature]

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

ASL N.5 ORISTANO
 POLIAMBULATORIO DI BOSSA
 AMBULATORIO DI ORNATOLOGIA
 DOTT. SSA GIUSEPPE TADE



P.IVA 02107820900

Via Umana, 5 - 07100 Sassari - Tel. 079.240153 / 079.2590569

RAPPORTO DI LAVORO - INTERVENTO TECNICO

CENTRO AT	DATA	N.
SS	03/02/2015	150012

CLIENTE ASL ORISTANO
VIA CARDUCCI 35
 INDIRIZZO _____
 CITTÀ _____
 LUOGO INTERVENTO BOSA - AMB. DENTIST.

ORDINE CLIENTE _____ DEL _____
 ORDINE CLIENTE _____
 INTERLOCUTORE _____ DEL _____
 INTERVENTO ULTIMATO _____ DATA _____ ORA _____ COD. _____
 ARRIVO 03/02/2015
 NO CHIUSURA 03/02/2015

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

APPARECCHIO	MATRICOLA	VERSIONE SOFTWARE	LETTURA CONTATORE
<u>GEN. RADIOFREQUENZA HYPERION</u>	<u>S/N 2013293</u>		
<u>CON ACCESSORI E CARRELLO</u>	<u>N° INV 4835</u>		

MOTIVO INTERVENTO CONSEGNA / INSTALLAZIONE / COLLAUDO / VERIF. SIC. ECCEP.

LAVORO ESEGUITO ESEGUITA CONSEGNA, INSTALLAZIONE SU CARRELLO,
VERIFICHE ECCEZIONALI, ISTRUZIONE.
VERIFICHE FUNZ. FINALI. OK

NOTE APP. N° 2015 C302

MATERIALI IMPIEGATI

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA	N. SERIE RIMOSSO	N. SERIE INSTALLATO

DIRITTO FISSO DI CHIAMATA SI NO DIARIA COLLAUDO FUNZIONALE IN ENTRATA PER INSTALLAZIONECORSI DI ISTRUZIONE A CLIENTE PERSONALE INTERNO

TRASFERTA

DATA	KM	ORE	DATA	ORE
<u>03/02/15</u>	<u>195</u>	<u>2</u>	<u>03/02/15</u>	

MANUTENZIONE CORRETTIVA MANUTENZIONE PREVENTIVA SUPPORTO VENDITE GARANZIA AGGIORNAMENTO APPARECCHI

CONTRATTO PARZIALE FRANCHIGIA CONTRATTO OMNICOMPRESIVO ATTIVITÀ INTERNE REPERIBILITÀ INSTALLAZIONE

FIRMA DEL TECNICO

FIRMA DEL CLIENTE ASL N.5 ORISTANO

POLIAMBULATORIO DI BOSEA
AMBULATORIO DI ORTODONTOLOGIA
DOTT.SSA GIUSEPPINA TEDDE



**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

15079/CO

Data 18/2/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2014-165 del 4-12-14 la ASL 5 OSTIA LIDO, ha affidato alla Ditta GENERAL RAY S.p.A. (16543) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4588</u>	<u>GIGFFE</u>	<u>RADIOBISTUM</u>	<u>HYPERMEN</u>	<u>2013295</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. DERMATOLOGIA presso la Struttura: POLIAMB. GHILARZA

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 2/2/15 con bolla nr. 005-2015 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/e di cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 4/2/15 presso POLIAMB. GHILARZA sono convenuti i signori:

SARONA ARMUTAS Incaricato ING. POLINCA
SESTIO BONATTI Incaricato DITTA FORNITRICE
DOTT.SSA TODE 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 SARONA ARMUTAS
 Il Consegnatario del bene DISTRETTO DI GHILARZA
AMB. DERMATOLOGIA
DOTT.SSA GIUSEPPINO TODE
 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



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	Dot. SSA TADE
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMB. DERMATOLOGIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di NAILOBISTOM HYPENOM 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	LUCA FUCIENO / SESTILO BUNATTINI
In qualità di	INCARICATO
della Ditta	GENERAL RAY

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

4/2/15 a BOSSA

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

Per il Fornitore (firma)

l'Amministrazione Contraente

ASL Oristano
DISTRETTO DI GHILARZA
DERMATOLOGIA
Dot. SSA TADE



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto	Sestilio BUAATTINI	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta	GENERALAC RAY	

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. HYPENION numero di serie 2013296 numero di installazione 4838

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO FEB. 2016
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	" " 2017
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	_____
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO FEB. 2016
CONTROLLO FUNZIONALE	" " 2017
CONTROLLO FUNZIONALE	_____
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO FEB. 2016
Verifica di sicurezza elettrica	" " 2017
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)

DISTRETTO D'ORTISTANO
 DERMATOLOGIA
 Dott.ssa Giuseppina Todde



P.IVA 02107820900

Via Umana, 5 - 07100 Sassari - Tel. 079.240153 / 079.2590569

RAPPORTO DI LAVORO - INTERVENTO TECNICO

CENTRO AT SS	DATA 04/02/2015	N. 150015
------------------------	---------------------------	---------------------

CLIENTE **ASL ORISTANO**

INDIRIZZO **VIA CARBUCCI 35**

CITTA'

LUOGO INTERVENTO **GILARZA - POLIAMBULATORIO-
DERMATOLOGIA**

ORDINE CLIENTE _____ DEL _____

ORDINE CLIENTE _____

INTERLOCUTORE _____ DEL _____

INTERVENTO ULTIMATO SI NO

ARRIVO **04/02/2015**

CHIUSURA **12/02/2015**

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

APPARECCHIO GEN RADIOFREQUENZA HYPERION CON ACCESSORI E CARRELLO	MATRICOLA S/N 2013296 N° INV 4838	VERSIONE SOFTWARE	LETTURA CONTATORE
--	---	-------------------	-------------------

MOTIVO INTERVENTO **CONSEGNA, INSTALLAZIONE, COLLAUDO, VERIF. SIC. ECEPFR.**

LAVORO ESEGUITO **ESEGUITA CONSEGNA, INSTALLAZIONE SU CARRELLO
VERIFICHE Elett., ISTRUZIONE
VERIFICHE FUNZIONALI FINAC. OK**

NOTE **APP. N° 2015 04 05**

MATERIALI IMPIEGATI

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA	N. SERIE RIMOSSO	N. SERIE INSTALLATO

DIRITTO FISSO DI CHIAMATA SI NO DIARIA

COLLAUDO FUNZIONALE IN ENTRATA PER INSTALLAZIONE

CORSI DI ISTRUZIONE A CLIENTE PERSONALE INTERNO

TRASFERTA

DATA	KM	ORE	DATA	ORE
04/02/15	180	2	04/02/15	2
12/02/15	180	2	12/02/15	1

MANUTENZIONE CORRETTIVA	MANUTENZIONE PREVENTIVA	SUPPLEMENTI VENDITE <input checked="" type="checkbox"/>	GARANZIA	AGGIORNAMENTO APPARECCHI
-------------------------	-------------------------	---	----------	--------------------------

CONTRATTO PARZIALE FRANCHIGIA	CONTRATTO OMNICOMPRESIVO	ATTIVITA' INTERNE <input checked="" type="checkbox"/>	REPERIBILITA'	INSTALLAZIONE <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	---	---------------	---

FIRMA DEL TECNICO

FIRMA DEL CLIENTE

SCHEDA DI ISTRUZIONE E COLLAUDO

“RADIOBISTURI – GENERATORE DI FREQUENZA HYPERION”

COMPOSTO DA:

Generatore Radiobisturi: Produttore: CEB **Modello:** HYPERION 400-005
Carrello Dedicato : Produttore: CEB **Modello:** 100-005

Azienda : ASL ORISTANO **Classe:** Classe II – Tipo B

Presidio: POLIAMBULATORIO DERMATOLOGIA **Matricola:** S/N 2013296

Ubicazione: GHILARZA (OR)

Inv. Ospedale: _____

DATA	TIPO ISTRUZIONE	REPARTO	NOME COGNOME	MANSIONE	ORE
12/02/15	USO	DERMOS	TEBDE GIUSEPPINA	MASTRO	9.30

Data
 12/02/2015

Timbro e Firma
 Osp. ASL Oristano
 DERMATOLOGIA
 GHILARZA
 ORISTANO



P.IVA 02107820900

Via Umana, 5 - 07100 Sassari - Tel. 079.240153 / 079.2590569

RAPPORTO DI LAVORO - INTERVENTO TECNICO

CENTRO AT SS	DATA 03/02/2015	N. 150041
------------------------	---------------------------	---------------------

CLIENTE **ASL ORISTANO**
 VIA **CARDUCCI 35**
 INDIRIZZO _____
 _____ CITTA _____
 LUOGO INTERVENTO **ORISTANO - POLIAMBIULATORIO**
 VIA **PIA - ORISTANO**

ORDINE CLIENTE _____ DEL _____
 ORDINE CLIENTE _____
 INTERLOCUTORE _____ DEL _____
 INTERVENTO ULTIMATO DATA _____ ORA _____ COD. _____
 SI **NO** ARRIVO **03/02/2015**
 CHIUSURA **03/02/2015**

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

APPARECCHIO GEN. RADIOFREQUENZA. HYPERION	MATRICOLA S/N 2013292	VERSIONE SOFTWARE	LETTURA CONTATORE
CON ACCESSORI E CARRELLO	N° INV 4834		

MOTIVO INTERVENTO **CONSEGNA / INSTALLAZIONE / COLLAUDO / VERIF. SIC. ELETTRICHE**

LAVORO ESEGUITO **ESEGUITA CONSEGNA, INSTALLAZIONE SU CARRELLO, VERIFICHE ELETTRICHE, ISTRUZIONE, VERIFICHE FUNZ. FINAG. OK**

NOTE **APP. N° 20150301**

MATERIALI IMPIEGATI

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA	N. SERIE RIMOSSO	N. SERIE INSTALLATO

DIRITTO FISSO DI CHIAMATA **SI** **NO** DIARIA

COLLAUDO FUNZIONALE **IN ENTRATA** **PER INSTALLAZIONE**

CORSI DI ISTRUZIONE **A CLIENTE** **PERSONALE INTERNO**

TRASFERTA

DATA	KM	ORE	DATA	ORE
03/02/15	210	2,5	03/02/15	

MANUTENZIONE CORRETTIVA	MANUTENZIONE PREVENTIVA	SUPPORTO VENDITE <input checked="" type="checkbox"/>	GARANZIA	AGGIORNAMENTO APPARECCHI
CONTRATTO PARZIALE FRANCHIGIA	CONTRATTO OMNICOMPRESIVO	ATTIVITA' INTERNE <input checked="" type="checkbox"/>	REPERIBILITA'	INSTALLAZIONE <input checked="" type="checkbox"/>

FIRMA DEL TECNICO

FIRMA DEL CLIENTE

POLIAMBULATORIO - ORISTANO
DERMATOLOGIA
 Dott. **Vincenzo Gianfranco**



**Electronica
Bio Medicate 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

15078/CO

Data *03/02/15*

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° *BI-2014-165* del *4-12-14* la *Asl 5 Omstano*, ha affidato alla Ditta *GENERAL RAY S.R.L. (16543)* la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<i>4834</i>	<i>GIETTE</i>	<i>RADIUMISTUM</i>	<i>HYPERION</i>	<i>2013292</i>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO *AMB. AEROMATOLOGIA* presso la Struttura: *Pol. Omstano*

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data *02/02/15* con bolla nr. *0009-2015* 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/edl cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno *3/2/15* presso *Pol. Omstano* sono convenuti i signori:

SANDRA ROMANINI Incaricato *ING. CLINICA*
SESTILO BUNATTINI Incaricato *Dir. FORNITRICE*
Dr. Vici Incaricato *Asl 5*
 Incaricato _____

I comparenti, 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:

Responsabile/delegato della E.B.M. SpA *Sandra Romanini*
 Consegnatario del bene *Franco Vici*
 referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Responsabile della ditta fornitrice *Sestilo Bunattini*

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto

Dot. Vinci

In qualità di Responsabile del Servizio di

AMB. SEMMATOLODIS

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di *ADMOBISTUM HYPERION* 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

LUCA FUGIENO / SESTILIO BURATTINI

In qualità di

INGEGNERO

della Ditta

GENERAL RAY

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

3/2/15

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

Per il Fornitore
(firma)

[Signature]
[Signature]

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

[Signature]

Servizio Ingegneria ClinicaPROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto SESTILIO BUAFFINI	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta GENERAL RAY	

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. HYPERION numero di serie 2013293 numero di installazione 4835

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO FEB. 2016
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	" " 2017
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	_____
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO FEB 2016
CONTROLLO FUNZIONALE	" " 2017
CONTROLLO FUNZIONALE	_____
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO FEB 2016
Verifica di sicurezza elettrica	" " 2017
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
ASL N° 5 ORISTANO
(stampa e firma)
POLIAMBULATORIO DI BOSSA
AMBULATORIO DI DERLATOLOGIA
DOTT.SSA GIUSEPPINA TRUDE



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

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

Cliente:

ASL 5 OSTIANO

15079/CO

Data 4/2/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/contratto n° BI-2014-165 del 4-12-14 la ASL 5 OSTIANO, ha affidato alla Ditta GENERAL RAY SCL (16543) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4836</u>	<u>GIGFE</u>	<u>RAMOBISTOM</u>	<u>HYPEMON</u>	<u>2013294</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. DERMATOLOGIA presso la Struttura: POLIAMB. ACES

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 2/2/15 con bollo nr. 0002-2015 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 4/2/15 presso POLIAMB. OSTIANO sono convenuti i signori:

SANDRA DE MORTIS Incaricato INQ. CLINICA
SESTIO BUATTINI Incaricato DITTA FORNITRICE
DOTT. VINCI Incaricato ASLS
 Incaricato _____

I comparanti, 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:

Responsabile/delegato della E.P.M. Srl [Signature]
 Consegnatario del bene _____
 referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Responsabile della ditta fornitrice [Signature]

- In Allegato:**
- Certificati Installazione ditta fornitrice
 - Scheda di verifica e collaudo
 - Attestato di formazione rilasciato al personale
 - Verbale di presa in carico beni mobili
 - Altro



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	Dot. Vinci
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMB. REUMATOLOGIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di RAMOBISTUM HYPENON 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	LUCA FRIGENIO / SESTILIO BUNATTINI
In qualità di	INCAUCATO
della Ditta	GENERAL RAY

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

4 / 2 / 15

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

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto SESTILO BONAFINI	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta GENERAL RAY	

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. HYPENION numero di serie 2013294 numero di installazione 4836

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO FEB. 2016
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	" " 2017
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO FEB. 2016
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO FEB 2016
CONTROLLO FUNZIONALE	" " 2017
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO FEB. 2016
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO FEB 2016
Verifica di sicurezza elettrica	" " 2017
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO FEB. 2016

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)



P.IVA 02107820900

Via Umara, 5 - 07100 Sassari - Tel. 079.240153 / 079.2590569

RAPPORTO DI LAVORO - INTERVENTO TECNICO

CENTRO AT	DATA	N.
SS	04/02/2015	150013

CLIENTE **ASL ORISTANO**

INDIRIZZO VIA **CARUCCI 35**

CITTA'

LUOGO INTERVENTO **ALES - POLIAMBULATORIO -**
DEBITA LOZIA - STANZA N°6

ORDINE CLIENTE _____ DEL _____

ORDINE CLIENTE _____

INTERLOCUTORE _____ DEL _____

INTERVENTO ULTIMATO _____ DATA _____ ORA _____ COD. _____

SI NO

ARRIVO **04/02/2015**

CHIUSURA **04/02/2015**

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

APPARECCHIO	MATRICOLA	VERSIONE SOFTWARE	LETTURA CONTATORE
GEN. RADIOFREQUENZA HYPERION	S/N 2013294		
CON ACCESSORI E CARRELLO	N° INV 1836		

MOTIVO INTERVENTO **CONSEGNA / INSTALLAZIONE / COLLAUDO / VERIF. SIC. ELETTR.**

LAVORO ESEGUITO **ESEGUITA CONSEGNA, INSTALLAZIONE SU CARRELLO, VERIFICHE ELETTRICHE, ISTRUZIONE, VERIFICHE FUNZIONALI FINALI. OK**

NOTE **APP. N° 20150403**

MATERIALI IMPIEGATI

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TA	N. SERIE RIMOSSO	N. SERIE INSTALLATO

DIRITTO FISSO DI CHIAMATA SI NO DIARIA

COLLAUDO FUNZIONALE IN ENTRATA PER INSTALLAZIONE

CORSI DI ISTRUZIONE A CLIENTE PERSONALE INTERNO

TRASFERTA

DATA	KM	ORE	DATA	ORE
04/02/15		2,5	04/02/15	

MANUTENZIONE CORRETTIVA MANUTENZIONE PREVENTIVA SUPPORTO VENDITE GARANZIA AGGIORNAMENTO APPARECCHI

CONTRATTO PARZIALE FRANCHIGIA CONTRATTO OMNICOMPRESIVO ATTIVITA' INTERNE REPERIBILITA' INSTALLAZIONE

FIRMA DEL TECNICO

FIRMA DEL CLIENTE
Distribuzione
PERNOR



Elettronica Bio Medicale srl
a company of TBS Group

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

Cliente:

ASL 5 ANOSTANO

15079/CO

Data 4/2/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2014-166 del 4/12/2014 la ASL 5 ANOSTANO, ha affidato alla Ditta GENERAL RAY SRL (16543) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
4837	GIGFFE	RADIOBISTUM	HYPEMON	2013295
Accessori:				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. DERMATOLOGIA presso la Struttura: POCIANO, TERNALBA

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 4/2/15 con bolla nr. 0003-2015 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 4/2/15 presso POCIANO, TERNALBA sono convenuti i signori:

SARONA DEMONTRAS Incaricato ING. CLINICA
SESTIACO BONATTINI Incaricato DITTA FORNITRICE
Dr. Mei Severino Incaricato ASLS
 Incaricato _____

I comparenti, 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:

Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Signature]
 Consegnatario del bene [Signature]
 referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Responsabile della ditta fornitrice [Signature]

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



Servizio Ingegneria Clinica**PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE**

Il sottoscritto	Dot. MEI SEVERINO
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMB. DERMATOLOGIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di AMMOBISTUM HYPENON 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	LUCA FUGGEO / SEVERINO BUNATTINI
In qualità di	INCAUCATO
della Ditta	GENERAL RAY

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

4 / 2 / 15

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

Per il Fornitore
(firma)l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto SESTICIO BONATTINI	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta GENERAL RAY	

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. **HYPENON** numero di serie **2013295** numero di installazione **4837**

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	ENTRO FEB. 2016
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	" " 2017
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	_____
CONTROLLO FUNZIONALE	ENTRO FEB. 2016
CONTROLLO FUNZIONALE	" " 2017
CONTROLLO FUNZIONALE	_____
Verifica di sicurezza elettrica	ENTRO FEB 2016
Verifica di sicurezza elettrica	" " 2017
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)



PIVA 02107820900

Via Umana, 5 - 07100 Sassari - Tel. 079.240153 / 079.2590569

RAPPORTO DI LAVORO - INTERVENTO TECNICO

CENTRO AT SS	DATA 04/02/2015	N. 150014
------------------------	---------------------------	---------------------

CLIENTE **ASL ORISTANO**
 INDIRIZZO _____
 CITTÀ _____
 LUOGO INTERVENTO **TERRALBA - POLIAMBULATORIO.
 DERMATOLOGIA**

ORDINE CLIENTE _____ DEL _____
 ORDINE CLIENTE _____
 INTERLOCUTORE _____ DEL _____
 INTERVENTO ULTIMATO _____ DATA _____ ORA _____ COD. _____
 SI NO ARRIVO **04/02/2015**
 CHIUSURA **04/02/2015**

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

APPARECCHIO GEN. RADIOFREQUENZA HYPERION CON ACCESSORI E CARRELLO	MATRICOLA S/N 2013295 N° INV 4837	VERSIONE SOFTWARE	LETTURA CONTATORE
---	---	-------------------	-------------------

MOTIVO INTERVENTO **CONSEGNA, INSTALLAZIONE, COLLAUDO, VERIF. SIC. ECETT.**

LAVORO ESEGUITO **ESEGUITA CONSEGNA, INSTALLAZIONE SU CARRELLO
 VERIFICHE ECETTICHE, COLLAUDO,
 VERIFICHE FUNZIONALI FINAG. OK**

NOTE **APP. N° 2015 0404**

MATERIALI IMPIEGATI

CODICE	DESCRIZIONE	Q.TÀ	N. SERIE RIMOSSO	N. SERIE INSTALLATO

DIRITTO FISSO DI CHIAMATA SI NO DIARIA

COLLAUDO FUNZIONALE IN ENTRATA PER INSTALLAZIONE

CORSI DI ISTRUZIONE A CLIENTE PERSONALE INTERNO

TRASFERTA

DATA **04/02/15** KM _____ ORE _____ DATA **04/02/15** ORE _____

MANUTENZIONE CORRETTIVA MANUTENZIONE PREVENTIVA ~~SUPPORTO VENDITE~~ GARANZIA AGGIORNAMENTO APPARECCHI

CONTRATTO PARZIALE FRANCHIGIA CONTRATTO OMNICOMPRESIVO ~~ATTIVITÀ INTERNE~~ REPERIBILITÀ ~~INSTALLAZIONE~~

FIRMA DEL TECNICO

FIRMA DEL CLIENTE
AZIENDA U.S.L. N.5 - ORISTANO
 Distretto Sanitario di Ales - Terralba
 AMBULATORIO DI DERMATOLOGIA
 Dott. Severino Mei

