



**Elettronica
Bio Medica**

Via F. Bellini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32601
Fax 0742/326832
www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente:

ASL 5 S. MARINO

14643/co

Data 22/01/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 3235 del 17/12/14 la ASL 5 S. MARINO ha affidato alla Ditta CRIMPOS ITALIA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4267</u>	<u>CRIMPOS</u>	<u>ROBROTARE</u>	<u>KV - 5</u>	<u>21425544</u>

Allegato n° 01 alla deliberazione
N° del
Composto di n° 07 fogli

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMBUL. ENDOSCOPIA presso la Struttura: P.O. DELOGU

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 25/02/15 con bolla nr. 23496286 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 23/01/15 presso AMB. ENDOSCOPIA DELOGU sono convenuti i signori:

SAVINO DELOGU Incaricato ING. CLINICA
GIUSEPPE CRIMPOS Incaricato DIR. FORNITURE
NELISA DELOGU 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:

- 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 82-122 (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 _____

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

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl Silvia Repucci

Il Consegretario del bene Carlo Crimpos

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

Il Responsabile della ditta fornitrice Giuseppe Crimpos

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 DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto	EFISIO CARDUS	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta	OLYMPUS ITALIA	

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. **KV-5** numero di serie **21429544** numero di installazione **4867**

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

EFISIO CARDUS

A.S.L. N° 5 ORISTANO
U.O.C. di Chirurgia
Ambulatorio di Endoscopia Digestiva
Timbro Responsabile
Dr.ssa Rosella Grego
Rosella Grego

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

Il sottoscritto	Dott. SSA GREGU
In qualità di Responsabile del Servizio di	AMBULAT. ENDOSCOPIA

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di ASPINATOR KV-S 4867 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	EFISIO CANDUS
In qualità di	INCAICATO
della Ditta	OLYMPUS ITALIA

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

23/04/2015

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

Per il Fornitore
(firma)

x Efisio Candus

l'Amministrazione Contraente

(timbro e firma)

A.S.L. N° 5 ORISTANO
U.O.C. di Chirurgia
Ambulatorio di Endoscopia Digestiva
Responsabile
Dr.ssa Rosalia Gregu



KeyMed (Medical & Industrial Equipment) Ltd.
 KeyMed House, Stock Road, Southend-on-Sea, Essex S82 5QH, UK
 Fax: 01702 488077, Telephone: 01702 018333
 E-mail: keymed@keymed.co.uk, Web: www.keymed.co.uk



Registered to BS EN ISO
 9001, BS EN 46001 and
 Annex II of the Medical
 Device Directive.
 Certificate Nos FM 20883
 and EC 0434.

DECLARATION OF CONFORMITY to Annex II of the Medical Device Directive, Ref: 93/42/EEC

Declaration Ref No: DC/HD1128/55

Device Part No(s): 7501890 220-240V UK/RDM
 7502135 220-240V OE

Description: KY-5 Suction Pump

Notified Body Ref No: 0086

Device or Accessory? Device

Classification: IIa

Declaration:

This device/accessory has been designed, manufactured and inspected under application of the quality system approved to Annex II of Directive 93/42/EEC and meets the provisions of the Directive which apply to it.

Checklist reference 021 issue 1 dated 29 April 2002 refers.

Applicability:

On the basis of an appropriate review of any approved changes to the design of this device/accessory, the above referenced checklist applies to all device/accessories with the above part no. identified by the following range of serial numbers and/or batch (lot) numbers:

Serial numbers: From 02 06270 to

Batch number range: From to

Date of entry of final s/no or
 b/no date and initials.

If the "to" numbers above are not entered, it indicates that current production of the device/accessory is covered by this declaration.

Should any approved changes to the design of the product affect the validity of information contained in the above referenced checklist, the checklist will be up-issued and re-verification that the device/accessory meets the requirements of Directive 93/42/EEC carried out and recorded on a superseding declaration. At the time of implementation of the design change into the product, the serial/batch numbers of the last items manufactured to the previous design will be entered in the "to" section above, thus recording the full range of items to which this declaration refers.

I declare that on the basis of the above information, the given numbers of the device/accessory detailed above are in compliance with the requirements of Annex II of Directive 93/42/EEC. This declaration will be kept at the disposal of the competent authorities for a minimum of five years after the last sale of the above device/accessory.

Signed:

Group Quality Manager

Date: 30 April 2002

Name: M Skelt

Empowered to sign on behalf of KeyMed (Medical & Industrial Equipment) Ltd.



Verbale di Collaudo

Collaudo effettuato in data 23/04/15 alla presenza di

PER IL CLIENTE

Nominativo: DSSA ROSALIA GREGU Ruolo: Res. Sp. Ambulatorio

Nominativo: Ruolo:

Nominativo: Ruolo:

PER IL FORNITORE

Nominativo: EFISIO CARDUS Ruolo: AGENTE DI ZONA

Nominativo: Ruolo:

Nominativo: Ruolo:

PERIODO DI GARANZIA

Gli strumenti oggetto della fornitura hanno una Garanzia di mesi: 12 come da contratto

- Si dichiara che le apparecchiature elencate nel presente documento sono conformi alle specifiche tecnico-funzionali da Voi richieste;
- Si dichiara inoltre che la fornitura è conforme alle specifiche contrattuali

PER IL CLIENTE

PER OLYMPUS ITALIA

Nominativo: ROSALIA GREGU

Nominativo: EFISIO CARDUS

Timbro e firma: A.S.L. N° 5 ORISTANO

Timbro e firma: EFISIO CARDUS

Timbro e firma: U.O.C. di Chirurgia

Timbro e firma: Ambulatorio di Endoscopia Digestiva

Timbro e firma: Responsabile

Timbro e firma: Rosalia Gregu

NOTE/SEGNALAZIONI

In fase di collaudo sono state inoltre effettuate le eventuali verifiche necessarie per:

PER IL CLIENTE

PER OLYMPUS ITALIA

Nominativo:

Nominativo:

Timbro e firma:

Timbro e firma:

Edizione	Redazione:	Approvazione:	Emissione:	Data emissione
ISO 9001 2000 /1.2	RQ	AD	RQ	29/06/06

OLYMPUS

OLYMPUS EUROPA SE & Co. KG c/o Arvato Distribution GmbH, Werner-Schröder-Straße 1, 21035 Hamburg
A nome di Olympus Italia S.r.l., Società Unipersonale, Via Modigliani, 45, 20090 Segrate (Milano)

Destinatario

P.O. OSP. G.P. DELOGU
AMBULATORIO DI ENDOSCOPIA
RIF. DR.SSA ANNA LAURA CANFORA
C.SO UMBERTO I, 176
I-09074 GHILARZA (OR)

Documento Di Trasporto

Data	25.02.2015
Codice Cliente	8100015483
Docum. Di Trasporto No.	23446286
VS. Riferimenti	BI-2014-170
VS. Data Ordine	18.12.2014
NS. Conferma	3304059368
Reference	

3089B130

Causale Trasporto: VENDITA CONSEGNA
COMPLETA

Pagina 1 / 1

POS	Codice Articolo	Descrizione	Your item code	T1/T2	Qtà Spedita
010	029290	KV-5 ASPIRATORE SINGOLO OLYMPU 21425544		T2	1

No. Colli	1
Peso Lordo (kg)	14,95

CONSEGNA PER CONTO DI OLYMPUS ITALIA S.r.l. - Società Unipersonale
Via Modigliani, 45 - 20090 Segrate (Milano)
Tel. 0039 02 26972-1 - Fax. 0039 02 26972-488
n° registro produttori AEE IT08020000002572
N° registro produttori pile IT09060P00000538

ATTENZIONE: controllare attentamente il numero e lo stato dei colli. Eventuali differenze e/o danni vanno contestati immediatamente al corriere annotando sulla bolla di consegna, in sua presenza, le irregolarità rilevate. I reclami relativi alla spedizione devono essere inoltrati in forma scritta ad Olympus tassativamente entro 8