

OPTIMUS[®]

Manufacturing
Utility Systems

Via Luigi Albertini, 36
60131 Ancona (AN) IT
P. IVA 02439690427
Telefono +390719943484 Fax +390719943466

info@consorziooptimus.eu

Spett:

AUSL 5 ORISTANO

VIA CARDUCCI, 35 1° PIANO
09170 ORISTANO (OR)

Allegato n° 4 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° del
Comparto di n° fogli.

DATA: 23 giugno 2016
Nu 2

Consegnare a :

AUSL 5 ORISTANO
C/O POLIAMBULATORIO DI ORISTANO
VIA MICHELE PIRA
9170 ORISTANO (OR)

Partita Iva e Codice Fiscale 00661110953

Partita Iva e Codice Fiscale 00661110953

DESCRIZIONE	U.M.	Quantità	Importo totale
LAMPADA SCIALITICA MOD. LED4500+ MOBILE (SU RUOTE) COD. 161-0013146 RIF. ORDINE B/VS consegna previo accordo tel 0783/317514 - 0783/317510	pz	1	
Causale del trasporto	Firma conducente		
vendita			
Aspetto esteriore dei beni			
scatola	Firma destinatario		
Data ed ora inizio trasporto			

CONDIZIONI GENERALI DI VENDITA: Non sono concessi arrotondamenti da deduzioni non autorizzate sul totale delle nostre fatture - La merce viaggia a rischio e pericolo del committente anche se spedito in porto franco.- Non si accettano reclami trascorsi 8 giorni lavorativi dal ricevimento della merce o ritorni se non autorizzati.- Scaduti i termini di pagamento stabiliti senza che il pagamento stesso sia avvenuto, decorreranno gli interessi commerciali nella misura annua del tasso ufficiale di sconto maggiorato del 5% della data della scadenza della fattura stessa. Per quanto altro non

DATI ANAGRAFICI E FISCALI: i vostri dati anagrafici e fiscali sono da noi considerati esatti, sotto la Vostra responsabilità, salvo Vostra diversa comunicazione (Art. 21 D.P.R. 26/10/1972 n. 683)



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

Via F. Bettini, 13
08034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente:

ASL 5 ORISTANO

14723/CO

Data 14/9/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

NP 19888/2015

PREMESSO

Che con ~~ordine~~ n° 267 del 05/02/15 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta OPTIMUS SCARL la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° Invent.	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>5371</u>	<u>SIMON MED.</u>	<u>DAMARA SCALITICA</u>	<u>MS SIM LED EXL BE 100000000098797</u>

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO AMB. CHIANGIA presso la Struttura: POLIAMB. ORISTANO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 23/09/15 con bolla nr. 2 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 14/9/15 presso AMB. CHIANGIA POLIAMB. sono convenuti i signori:

SARONA DEMONIAS Incaricato INCL. CLINICA
SARONO LEDDA Incaricato DITTA FORNITRICE
ROSELLA MELONI Incaricato ASL 5

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

Il tutto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl S. Demontis
 Il Consegnatario del bene Rosella Leda
 Il referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Il Responsabile della ditta fornitrice Sarona Leda

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 5 ORISTANO
CARDUCCI, 35
ORISTANO (OR), ITALY, CAP: 09170
C.F. e P.IVA 00681110953



ASL Oristano

Allegato n° 3 alla determinazione
del Comptor di n° 1 del
http://www.asloristano.it
Email :
Tel : (+39)

Esercizio : 2016
Stampato il 19/11/2015

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2015 - 551
Descrizione: carico cespiti da ricevimento del: 14/09/2015
Delibera: 267 del: 05/02/2015

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: Q0206 - ASSIST. SPECIAL. AMB. DIRETTA POLIAMB.ORISTANO

Ordine: BI/2015/92

Movimento: M23/2015/4867

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/53137	89883 - LAMPADA SCIALITICA	051301 - ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	OPTIMUS SOCIETA' CONSORTILE A RESPONSABILITA' LIMITATA	1-ACQUISTO	5 337,50

Matricola: 100000000068767

Note: INV. IC 5374

Cespiti: 1

Totale CdC: 5 337,50