



**Electronica
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

14659/co

Data 11/6/15

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° BI-2015-41 del 20/05/2015 la ASL 5 OSTIA LIDO, ha affidato alla Ditta ELMEN la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>4917</u>	<u>HEMOCUE</u>	<u>EMOGLOBINOM.</u>	<u>PLASMA/LOW-HB</u>	<u>1423303021</u>

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato n° _____ del _____
Composto di n° 6 fogli

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO TRASFUSIONALE presso la Struttura: OSP. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 11/6/15 con bolla nr. 72 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 11/6/15 presso TRASFUSIONALE sono convenuti i signori:

SANDRA ARMENTAS Incaricato ING. CULICA;
PATIZIA FLORES Incaricato DITTA FORNITRICE;
DENISE ATZEI 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 Armentas
Il Consegnatario del bene Am...
Il referente Amm.vo dell'Azienda _____
Il Responsabile della ditta fornitrice Patrizia Flores

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	DENISE ATZEI
In qualità di Responsabile del Servizio di DELEGATO	TRASFUSIONALE

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di EMOGLOBINOMETRO HEMOCUE 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	PATIZIA FLONIS
In qualità di DELEGATO	
della Ditta	ELMED

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

11/6/15

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

Per il Fornitore
(firma)

Patrizia Flonis

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)





Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto PATRIZIA FLORIS	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta ELMED	

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. **PLASMA / LOW - HB** numero di serie **1A23303021** numero di installazione **4917**

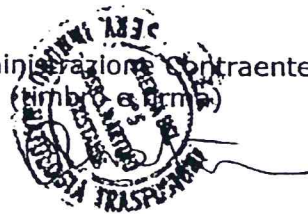
Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	NON PREVISTA
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	—
CONTROLLO FUNZIONALE	NON PREVISTA
CONTROLLO FUNZIONALE	—
CONTROLLO FUNZIONALE	—
Verifica di sicurezza elettrica	NON PREVISTA
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)

Patrizia Floris

l'Amministrazione Contraente



CEDENTE: Ditta, Domicilio, Domicilio o Residenza, Partita IVA

EL.ME.D. sas

Apparecch. Elettromed. e Diagnostici
Via Asfodelo, 39 - 09134 Pirri (Cagliari)
Tel. 070 504868 - C.F. e P.I. 01789400924

DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.d.t.) D.P.R. 472 del 14-08-1995 - D.P.R. 596 del 21-12-1996

N. 72 del 11/06/2015

a mezzo:

vettore

cedente

cessionario

CESSIONARIO: Ditta, Domicilio, Domicilio o Residenza, Partita IVA

ASL 5
Via Concluse, 35
09170 ORISTANO

LUOGO DI DESTINAZIONE (se diverso dall'indirizzo del cessionario) E VARIAZIONI

U.O.C. di IMMUNOLOGIA
e MED-TRASF. P.O.
S. MARTINO

CAUSALE DEL TRASPORTO

VENUTA

BI-2015-47 GASPAROTTO

VS. ORD. N.

DEL

20/05/15

in conto

a saldo

QUANTITA'	DESCRIZIONE DEI BENI (natura e qualità)	IMPORTO *
	<u>1 UNO FOTOMETRO B-PLASMA LOW</u> <u>PER EMOGLOBINA LIBERA</u> <u>Codice HCH 120319</u> <u>(S/N = 1423303021)</u>	
<u>CIG: Z0E148DBC4</u>		

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI

SCATOLA

N. COLLI

01

PESO KG

2,0

PORTO

F/G

TOTALE €

FIRME

VEITTORE: Ditta, Domicilio o Residenza

DATA E ORA DEL RITIRO

Consegna o inizio trasporto a mezzo

cedente
cessionario

DATA

11/06/15

ORA

08,00

FIRMA DEL CEDENTE

[Signature]

ANNOTAZIONI - VARIAZIONI

NUMERO PROGRESSIVO -

FIRMA DEL CESSIONARIO

[Signature]

651203033 (a)

(1) Scio in caso di utilizzo in sostituzione della certificazione fiscale.
(2) Ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.P.R. 441/197 e successive modificazioni.

1

5



Ängelholm February 2015

HEMOCUE® AB

EC DECLARATION OF CONFORMITY

Manufacturer's name: HemoCue® AB

Manufacturer's address: Box 1204
SE 262 23 Ängelholm
Sweden

Product name: HemoCue® Plasma/Low Hb Photometer
HemoCue® Plasma/Low Hb Microcuvettes

Classification: In Vitro Diagnostic Directive (98/79/EC)
General (not according to Annex II)

We herewith declare that the above-mentioned product meets the Essential Requirements of Annex 1 of the Council Directive 98/79/EC for In Vitro Diagnostic Medical Devices. All supporting documentation is retained under the premises of the manufacturer.

HEMOCUE® AB


Niels Christiansen
Managing Director

Esercizio : 2015
Stampato il 10/12/2015

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2015 - 747 **del:** 11/06/2015
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Delibera: 1208 **del:** 20/05/2015

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: G0401 - IMMUNOL. E TRASFUSIONE P.O. SAN MARTINO

Ordine: BI/2015/47

Movimento: M23/2015/5343

Cespite	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/53834	925641 - FOTOMETRO	051301 - ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	EL.ME.D. SAS	1-ACQUISTO	2 745,00

Matricola: 1423303021

Note: FOTOMETRO B-PLASMA LOW PER EMOGLOBINA LIBERA - COD.DITTA HCH 120319
INV IC 4917

Cespiti: 1

Totale CdC: 2 745,00

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Preveditoriale n° _____ del _____
Composto di n° 1 foglio