



**Electronica
Bio Medicale 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

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 4 fogli

Cliente:

Asl 5 CRISTANO

22711/co

Data 12-04-'16

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° B1-2016-21 del 01-01-2016 la Asl 5 CRISTANO, ha affidato alla Ditta MEDICAL S.P.A. (14471) la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>5422</u>	<u>KIS MARTIN</u>	<u>Kampand Scialmica</u>	<u>ML 201+</u>	<u>ML 20154 01 0300 1410/15</u>

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO DIALISI presso la Struttura: P.O. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 12-04-'16 con bolla nr. BC 1084 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 12-04-'16 presso P.O. SAN MARTINO DIALISI sono convenuti i signori:

S. JERONIMAS Incaricato Incar. DIALISI;
COLRADO COLPINO Incaricato Ditta Fornitrice;
N. FOIS 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 _____

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl Sig. S. Jeronimas
Il Consegnatario del bene Incar. DIALISI
Il referente Amm.vo dell'Azienda _____
Il 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

**MEDICAL S.p.A.**

07100 SASSARI - Viale Porto Torres, n° 64
 tel. 079 2675033 fax 079 2675042
 00148 ROMA - Via Portuense, n° 949/A
 tel. 06 65192810 fax 06 65190262
 pec: medicalsapa@legalmail.it
 e-mail: info@medicalsapa.it internet: www.medicalsapa.it



INTESTATARIO

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5 P.Q. ORISTANO
 VIA CARDUCCI N. 35
 09170 ORISTANO OR

DESTINATARIO

U.O. DI NEFROLOGIA E DIALISI P.O. "S.MARTINO"
 VIA ROCKFELLER
 09170 ORISTANO OR

DOCUMENTO DI TRASPORTO - DPR 472 del 14/08/96

COD. CLIENTE	COD.FISCALE/PART.IVA	CATEGORIA	ZONA	AGENTE	NUMERO D.D.T.	DATA D.D.T.	VOSTRO ORDINE	PAGINA
100500	00681110953			12	BC 1084	11/04/2016	/	1 di 1
CONDIZIONI DI PAGAMENTO					BANCA D'APPOGGIO		CONTO CORRENTE	CIN
BB C/O MEDIOCREDITO ITALIANO 60GGD/F.					10637 01601 MEDIOCREDITO ITALI			
COD. PRODOTTO	DESCRIZIONE			U.M.	QUANTITA'	LOTTO	SCADENZA	

Vs. Rif. 81 del 04/09/2015 Ns. Rif. 4115
 DELIB.N. 530 DEL 2015
 TP AM/121 DEL 22/04/2015
 CIG: 6185895A08

86-013-10 LAMPADA PER ESAME SU STATIVO ML 201S+ NR / 1 ML201S+U10300

----- ELENCO COLLI / UB. -----

UDS / 3704 / Cartoni: 1

CAUSALE DI TRASPORTO VENDITA		ASPETTO ESTERIORE DEI BENI CARTONE		TRASPORTO A CURA MITTENTE	PORTO FRANCO
DATA E ORA INIZIO TRASP.	N.COLLI	PESO KG.	ANNOTAZIONI		
11/04/2016	1				
CONDUCENTE		FIRMA DEL CONDUCENTE		FIRMA DEL DESTINATARIO	
1° VETTORE		DATA E ORA RITIRO MERCE		FIRMA 1° VETTORE	
GIORNO DI CONSEGNA		ORARIO DI CONSEGNA			
		MATTINO: - POMERIGGIO: -			



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto COMANDO CONIWO	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta MEDICAL SPA	

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

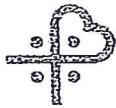
Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. ML 201 + numero di serie ML 201st U-1 0300 14M098 numero di installazione 5422

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)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	CONNADO CORPINO N. FOIS
In qualità di Responsabile del Servizio di DELEGATO	DIDUCI

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di LAMPADA DA VISITA ML 201 + 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	CONNADO CORPINO
In qualità di	INGEGNERO
della Ditta	MEDICAL SPA

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

NON NECESSARIA

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

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

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



Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 1 <http://www.asloristano.it>

Esercizio : 2016
Stampato il 08/08/2016

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2016 - 797 **del:** 08/08/2016
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Delibera: 530 **del:** 23/07/2015

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: E0601 - NEFROLOGIA E DIALISI P.O. SAN MARTINO

Ordine: BI/2016/21

Movimento: M23/2016/5934

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/61928	85745 - LAMPADA SCIALITICA#	051301 - ATTREZZATURE SANITARIE E SCIENTIFICHE	MEDICAL S.p.A.	1-ACQUISTO	1 098,00

Matricola: ML2015+U1 0300
AM078

Note: Lotto 6 ζ Lampada da visita scialitica - Lampada per esame ML201+ - cod. prodotto: 86-013-10
Sede di destinazione: N° 1 Centro Dialisi ad assistenza limitata di Bosa ζ E601
INV. IC 5422

Cespiti: 1 **Totale CdC:** 1 098,00