



**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

Coll. 232  
Cliente:

ASL N 5 ORISTANO

24453co

Data 03/10/16

## VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

### PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 400 del 27-06-2016 la ASL N 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta NIHON KOHDEN la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>003642</u>	<u>NIHON KOHDEN</u>	<u>DEF. BRILIATORE</u>	<u>TEC 8321 K</u>	<u>80013</u>

### Accessori


da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO NEUORABILITAZIONE 6175 presso la Struttura: P.O. S. MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 25/09/16 con bolla nr. 84003660 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 03-10-16 presso P.O. S. MARTINO NEUORABILITAZIONE sono convenuti i signori:

NICOLA CORONEO Incaricato ASL N 5 OR.;  
GIACUCCI MELIS Incaricato DITTA FORNITRICE  
ROSSI CLAUDIO Incaricato INGEGNERIA CLINICA  
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 \_\_\_\_\_

Il Consegnatario del bene \_\_\_\_\_

Il referente Amm.vo dell'Azienda Nicola Coroneo

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



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

**PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <u>GIANLUCA MELIS</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>NIMON KOHDEN</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: <b>A.S.L. N° 5 ORISTANO</b>		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. TEC 8321 K numero di serie 80017 numero di installazione 0005642

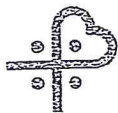
Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>ENTRO OTTOBRE 2014</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>—</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>—</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>IN SEDE DI COLLAUDO</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>=</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>IN FASE DI COLLAUDO</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>—</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>

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)





ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto

GIANLUIGI MELIS

In qualità di Responsabile del Servizio di ASSISTENZA E GESTIONE DEL  
COLLAUDO NIKON KOHDEN

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di  
DEFIBRILLATORE TEC8321K 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: GIANLUIGI MELIS.

Docente del Corso

GIANLUIGI MELIS

In qualità di DELEGATO PER IL COLLAUDO - TECNICO AUTORIZZATO  
della Ditta NIKON KOHDEN

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

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

Per il Fornitore  
(firma)

l'Amministrazione Contraente  
(timbro e firma)

[illegible]

ASL Oristano  
P.O. "San Martino"  
Ordine B1-2016 n° 88  
Movimento n° \_\_\_\_\_



NIHON KOHDEN ITALIA Srl  
www.nihonkohden.com

NIHON KOHDEN ITALIA Srl - Via Fratelli Bronzetti, 28-24124 Bergamo

PO San Martino di Oristano  
U.O. Neuoriabilitazione  
Via Rockefeller  
09170 Oristano  
Italia

Si dichiara che la merce ricevuta  
è esente da vizi e da difetti  
ed è conforme a quanto richiesto  
Il Ricevente

Colombo

NOTE:

## DOCUMENTO DI TRASPORTO

No.	84003660
Data	24.08.2016
Numero di cliente	6336
Riferimenti	CIG: Z521A57932
P.IVA/C.F.	IT00681110953
C.F.	00681110953
No. Ordine	BI-2016-88
Data Ordine	27.07.2016
Vettore	United Parcel Serv.
Resa	CPT Oristano
Nostro rif.	A
Venditore	F.C.Genetics

pagina 1 / 3

Pos.	No. Art./ Descrizione	Codice Intra	Q.tà ordinata	Q.tà consegnata Peso	Unità
10	TEC-8321NR Defibrillatore 1 SM versione IT S/N:13		1	1 0,010	PZ
-11	CY-8321 Defibrillatore 1 SM S/N:13		1	1 9,100	PZ
-12	YZ-049H6 Kit pannello italiano CY-8300		1	1 0,010	PZ
-13	SC-831V Modulo AC/DC per serie TEC-8300 S/N:542		1	1 0,640	PZ
-14	NKD-L936 Cavo aliment, connett Schuko, cavo:2m, 1pz		1	1 0,010	PZ
-15	K911 Cavo elettr. ECG 3 der, BR-903P, clip, 1pz		1	1 0,064	BOT
-16	OM-TEC-8300-P1-R Operator's manual TEC-8300 P1 Italian		1	1 0,100	PZ
-17	OM-TEC-8300-P2-R Operator's manual TEC-8300 P2 Italian		1	1 0,100	PZ
-18	OM-TEC-8300-AG-R		1	1	PZ

NIHON KOHDEN ITALIA Srl  
Via Fratelli Bronzetti, 28  
24124 Bergamo  
Telefono: 035 21 95 43  
Fax: 035 23 25 46  
e-mail: info@nkitaly.com

Cod. Fiscale: 02848620163  
Partita IVA: 02848620163  
Iscr. Registro Imprese  
di Bergamo: 02848620163  
Iscr. REA: 328406  
www.nihonkohden.com

Banca d'appoggio per bonifico bancario:  
CARIPARMA # Sede di Bergamo  
Conto corrente: 463260-11  
IBAN: IT710623011110000046326011

Socio unico  
NIHON KOHDEN EUROPE GmbH  
Raiffeisenstraße 10  
D-51191 Rosbach  
Partita IVA: DE 114 193 230  
Reg. Impr. AG Friedberg HRB 5803

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento ex art. 2497bis c.c. da parte di Nihon Kohden Europe GmbH - RFT., Nihon Kohden Corp. Tokyo  
Iscrizione al Registro A.F.F. n° IT08020000007041

**NIHON KOHDEN**NIHON KOHDEN ITALIA Srl  
www.nihonkohden.com**DOCUMENTO DI TRASPORTO**

NIHON KOHDEN ITALIA Srl - Via Fratelli Bronzetti, 28-24124 Bergamo

PO San Martino di Oristano  
U.O. Neuoriabilitazione  
Via Rockefeller  
09170 Oristano  
Italia

No.	84003660
Vettore	United Parcel Serv.
Resa	CPT Oristano
Nostro rif.	A
Venditore	F.C.Genetics (Sardegna) OBSOLETE
Ns. No. Ordine	4002777

pagina 2 / 3

Pos.	No. Art./ Descrizione	Codice Intra	Q.tà ordinata	Q.tà consegnata Peso	Unità
	Administration Guide TEC-8300 Italian			0,100	
20	ND-832V Ext. Paddles (ERC); TEC-5600/8300, 1pair		1	1 1,000	PZ
30	CY-8320 External Paddle Holder (ERC) TEC-8300 S/N:85		1	1 0,200	PZ
40	X077 Pacco batterie, SB-831V, 14,4 V, 1 pz S/N:403		1	1 0,620	PZ
50	K342A Cavo adatt. piastra monouso TEC-8300 R2 S/N:1358		1	1 2,000	BOT
60	NKD-H405 Elettrodi monouso multif. adulto 4040 Batch: Y051816-08		1	1 0,300	PZ
70	NKD-H406 Elettrodi monouso multif. ped. 4040/05P Batch: 082615-03		1	1 0,010	PZ
80	K901 Cavo paz. ECG 10 der, BJ-900P, 1pz		1	1 0,300	BOT
90	K931 Cavo conn. SpO2, JL-900P, 1pz		1	1 0,110	BOT
100	P225F Sonda SpO2 BluPRO, TL- 201T, ped/adlt, 1pz S/N:284271		1	1 0,140	PZ

NIHON KOHDEN ITALIA Srl  
Via Fratelli Bronzetti, 28  
24124 Bergamo  
Telefono: 035 21 95 43  
Fax: 035 23 25 46  
e-mail: info@nkitaly.comCod. Fiscale: 02848620163  
Partita IVA: 02848620163  
Iscr. Registro Imprese  
di Bergamo: 02848620163  
Iscr. REA: 328406  
www.nihonkohden.comBanca d'appoggio per bonifico bancario:  
CARIPARMA # Sede di Bergamo  
Conto corrente: 463260-11  
IBAN: IT710823011110000046326011Socio unico  
NIHON KOHDEN EUROPE GmbH  
Raiffeisenstraße 10  
D-51191 Rosbach  
Partita IVA: DE 114 193 230  
Reg. Impr. AG Friedberg HRB 5808Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento ex art. 2497bis c.c. da parte di Nihon Kohden Europe GmbH - RFT., Nihon Kohden Corp. Tokyo  
Iscrizione al Registro A.E.E. n°: IT08020000003041, Iscr. Reg. Pile e Accu IT09090P00001603



**NIHON KOHDEN**NIHON KOHDEN ITALIA Srl  
www.nihonkohden.com**DOCUMENTO DI TRASPORTO**

NIHON KOHDEN ITALIA Srl - Via Fratelli Bronzetti, 28-24124 Bergamo

PO San Martino di Oristano  
U.O. Neuoriabilitazione  
Via Rockefeller  
09170 Oristano  
Italia

No.	84003660
Vettore	United Parcel Serv.
Resa	CPT Oristano
Nostro rif.	A
Venditore	F.C.Genetics (Sardegna) OBSOLETE
Ns. No. Ordine	4002777
	pagina 3 / 3

Pos.	No. Art./ Descrizione	Codice Intra	Q.tà ordinata	Q.tà consegnata Peso	Unità
110	A128 Carta termica, RQS50-3, rullo, 10 pz		1	1 0,093	CRT

Peso netto totale:

14,907

Imballato da : ..... Firma corriere : .....

No. di colli : ..... Firma destinatario : .....

NIHON KOHDEN ITALIA Srl  
Via Fratelli Bronzetti, 28  
24124 Bergamo  
Telefono: 035 21 95 43  
Fax: 035 23 25 46  
e-mail: info@nkitaly.comCod. Fiscale: 02848620163  
Partita IVA: 02848620163  
Iscr. Registro Imprese  
di Bergamo: 02848620163  
Iscr. REA: 328406  
www.nihonkohden.comBanca d'appoggio per bonifico bancario:  
CARIPARMA # Sede di Bergamo  
Conto corrente: 463260-11  
IBAN: IT71092301110000046326011Socio unico  
NIHON KOHDEN EUROPE GmbH  
Raiffeisenstraße 10  
D-51191 Rosbach  
Partita IVA: DE 114 193 230  
Reg. Impr. AG Friedberg HRB 5808Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento ex art. 2497bis c.c. da parte di Nihon Kohden Europe GmbH - RFT., Nihon Kohden Corp. Tokyo  
Iscrizione al Registro A.E.E. n°: IT08020000003041, Iscr. Reg. Pile e Accu IT09090P00001608

## ORDINE

### RIF-ORDINE

NUMERO : BI - 2016 - 88  
DEL : 27/07/2016

UTENTE : BIANCHI MARIA FRANCESCA  
TELEFONO : 0783/317790

TIPOLOGIA: A51 - ORDINE - CONTRATTO BENI

### FORNITORE

**NIHON KOHDEN ITALIA SRL (756998)**

VIA FRATELLI BRONZETTI, 28  
24124 BERGAMO (BG)  
TELEFONO : 035 219543  
FAX : 035 232546

*p.c. Dr. N. ORRÙ*

*p.c. SERV. INGEGNERIA CLINICA*

CIG: Z521A57932 società NIHON KOHDEN ITALIA SRL n.1 defibrillatore Cardiolife TEC-8352K - COD. 75 NEURORIABILITAZIONE

PROVVEDIMENTO: COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 400 DEL 2016 - acquisizione elettrocardiografo, defibrillatore e monitor multiparametrici per il completamento delle attrezzature destinate all'attivazione della nuova U.O. di Neuroriabilitazione Cod. 75

■Note: conferma prezzi vostra nota del 07.06.2016.

consegna presso il P.O. SAN MARTINO DI ORISTANO - via rockfeller - U.O. Neuroriabilitazione - direttore dell'esecuzione Dr. Nicolò Orrù, direttore sanitario dei PP.OO.

Codice	UM	Quantità	Prezzo Unit.	%Sc	Imponibile	%IVA	Importo
928084	N	1,00	5 200,00	0,00	0,00	5 200,00 22,00	6 344,00
MONITOR DEFIBRILLATORE CARDIOLIFE TEC-8321NR e servizi connessi							

COD IVA	IVA%	IMPONIBILE	IMPOSTA
22	22.00	5 200,00	1 144,00

**TOTALE IMPONIBILE**

5 200,00

**TOTALE IVA**

1 144,00

**TOTALE ORDINE**

6 344,00

Magazzino Ricevente

M23 - MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE

Centro di Destinazione

E1101 - RIABILITAZIONE OSPEDALIERA P.O. SAN MARTINO

N.B. AVVERTENZA PER I FORNITORI - CONDIZIONI INDISPENSABILI PER IL PAGAMENTO DELLA FATTURA:

Nella fattura e nel documento di trasporto dovranno essere obbligatoriamente riportati sigla, anno e numero dell'ordine sopra indicati (es. XX-AAAA-NNNNN). Non potranno essere in alcun modo addebitati all'ASL n°5 di Oristano oneri per l'eventuale ritardato pagamento determinato dalla omessa indicazione dei riferimenti richiesti.

La fattura dovrà essere inviata, tassativamente, alla sede legale dell'Azienda. All'ordine potranno far seguito una o più fatture, mentre non potrà essere emessa unica fattura riferita a diversi ordini di fornitura. La consegna dovrà essere effettuata franco magazzino ASL N°5 a carico del fornitore entro i termini di consegna indicati nel contratto di fornitura. I prodotti non corrispondenti all'ordine saranno resi al fornitore con oneri a carico del medesimo e saranno disponibili per il ritiro presso il magazzino a totale rischio del fornitore dal momento della segnalazione della Struttura di destinazione.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO  
PROVVEDITORATO

*[Firma]*  
(D.ssa Maria Gesuina Demurtas)

Dr. ssa ROSALBA MUSCIS