

**Servizio Sanitario  
REGIONE SARDEGNA**

---

**S.C. Servizio Ingegneria Clinica**

**CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE**

Prot. NP/2018/ 37644 DEL 25/05/2018

Alla C.A. del RUP, *Dott.ssa Rosalba Muscas*

Direttore S.C. Area Giuridico Amministrativa di Oristano

e P.C. *Dott. Antonio M. Pinna*

Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi

LORO SEDI

OGGETTO: **Procedura negoziata per la fornitura di attrezzature destinate al Centro Dialisi di Assistenza Limitata di Bosa. Trasmissione Certificato di regolare esecuzione per la Fornitura N°1 Autoclave a vapore d'acqua – Lotto 2 - CIG 71719142A9.**

Premesso che:

- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano n.582 del 13/07/2017 è stato approvato il Bando di gara, il Capitolato speciale, il Capitolato tecnico e suoi allegati per l'affidamento della fornitura di cui in oggetto suddivisa in 6 lotti di gara;
- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano N.937 del 26/02/2018 veniva disposta la aggiudicazione dei lotti per la fornitura delle attrezzature di cui in oggetto specificatamente per il lotto 2 a favore della Ditta Sanifarm Srl per l'importo complessivo di €4.117,00 oltre Iva di legge per la fornitura di un autoclave da banco per osmosi marca NEWMED modello Kronos B23;
- ✓ con la medesima Determinazione, ai sensi dell'art. 101, comma 1, del D.Lgs. n.50 del 18/04/2016, veniva nominato Direttore dell'esecuzione il sottoscritto Ing. Davide Angius, Dirigente del Servizio di Ingegneria Clinica

Datto atto che in data 12/04/2018 la Ditta offerente ha fornito, posizionato e reso operative le

**Servizio Sanitario  
REGIONE SARDEGNA**

---

***S.C. Servizio Ingegneria Clinica***

***CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE***

attrezzature oggetto di fornitura e meglio specificate nell'allegato verbale di collaudo

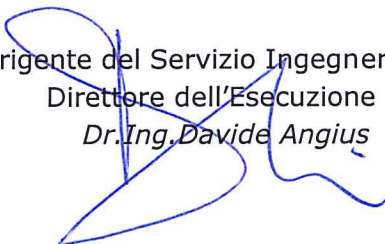
- ✓ Viste tutte le certificazioni inerenti la fornitura in esame presentate dalla Ditta Sanifarm Srl depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visto l'allegato verbale di collaudo n.47/18 del 12/04/2018 redatto a cura del Servizio Ingegneria Clinica e facente parte integrante del presente documento

Tutto ciò premesso si attesta la conformità delle attrezzature fornite in relazione a quanto offerto alla Stazione Appaltante in sede di gara.

Si trasmette il presente verbale di regolare esecuzione per i successivi adempimenti di competenza

Cordiali Saluti

Il Dirigente del Servizio Ingegneria Clinica  
Direttore dell'Esecuzione  
*Dr. Ing. Davide Angius*



**VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

ID COLLAUDO 47

Data 12/04/2018

[ Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017 ]

**RIFERIMENTO PRATICA**

N° DET/DEL: 937 del 26/02/2018 Ditta Fornitrice: SANIFARM SRL  
Rif. Ordine di Acquisto 5-BI-2018-11 del 01/03/2018 Rif. DDT 308 del 20/03/2018  
Presidio: P.O. A.G. NASTINO Unità Operativa: U.O. DIAGN  
Note: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA**

N° Inventario Biomedicale: 6457 N° Inventario Patrimoniale: \_\_\_\_\_  
Apparecchiatura: AUTOCLAVE A VAPORE D'ACQUA  
Costruttore: NEWMED  
Modello: KRONOS B23 + OSMOSI 3 Matricola: KB2NAH0438  
Causale acquisizione: ☒ ACQUISTO ☐ SERVICE ☐ NOLEGGIO ☐ LOCAZIONE ☐ LEASING ☐ DEMO  
Durata Garanzia / Tipo: 24 MESI Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo: \_\_\_\_\_

**APPARECCHIATURE A SISTEMA**

| N° INV. BIO | N° INV. Patr. | DESCRIZIONE | Costruttore | MODELLO | MATRICOLA |
|-------------|---------------|-------------|-------------|---------|-----------|
|             |               |             |             |         |           |
|             |               |             |             |         |           |
|             |               |             |             |         |           |
|             |               |             |             |         |           |
|             |               |             |             |         |           |
|             |               |             |             |         |           |
|             |               |             |             |         |           |



| CONTROLLO VISIVO ( Norma CEI EN 62353 : 2015 - 11 )  | SI | NO | NA |
|--|----|----|----|
| Integrità dell'imballaggio e assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio                                      | X  |    |    |
| Corrispondenza al tipo e al modello indicato nell'ordine   | X  |    |    |
| Presenza del manuale d'uso e di servizio in lingua italiana  | X  |    |    |
| Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento riferita alla configurazione/versione dell'apparecchiatura | X  |    |    |
| Manopole, dispositivi di comando e controllo, ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti ( esame a vista )     | X  |    |    |
| Esistenza di condizioni di integrità e sicurezza meccanica ( esame a vista )   | X  |    |    |
| Presenza Interruttore di rete e conformità serigrafie di accensione ( esame a vista )                                | X  |    |    |
| Integrità delle spine, dei cavi e dei connettori   | X  |    |    |

| RISPONDERE A DIRETTIVE E NORME TECNICHE   | SI | NO | NA |
|---|----|----|----|
| L'apparecchio è accompagnato da Attestato di Certificazione 93/42/CEE e s.m.i.  | X  |    |    |
| Classe apparecchiatura ( rif. Dir. 93/42/CEE e s.m.i. ) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 3 |    |    |    |
| L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i. )   |    | X  |    |
| L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici' 93/42/CEE e s.m.i. )  | X  |    |    |
| L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici Impiantabili' 90/385 e s.m.i. )  |    |    | X  |
| L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva ( specificare )   |    | X  |    |
| L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri ( specificare )  |    |    | X  |
| L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali norme particolari   | X  |    |    |
| L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari   |    |    | X  |
| L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI ( specificare )   |    |    | X  |
| L'apparecchio è conforme alle norme IEC ( specificare )   |    |    | X  |
| L'apparecchio è conforme alle norme UNI ( specificare )   |    |    | X  |

**NOTE**

| DATI TECNICI   |                 |
|--|-----------------|
| Tensione di alimentazione  | <u>220</u> [V]  |
| Corrente assorbita   | _____ [A]       |
| Potenza assorbita  | <u>2400</u> [W] |
| Potenza assorbita  | _____ [VA]      |
| Apparecchiatura  |                 |
| <input type="checkbox"/> Medica <input type="checkbox"/> Laboratorio <input checked="" type="checkbox"/> Non Medica  |                 |
| Classe elettrica   |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe III  |                 |
| Grado di protezione  |                 |
| <input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF                    |                 |
| Morsetto   |                 |
| <input type="checkbox"/> Funzionale <input type="checkbox"/> Equipotenziale <input checked="" type="checkbox"/> N.A. |                 |
| Cavo   |                 |
| <input type="checkbox"/> Separabile <input checked="" type="checkbox"/> Non separabile                               |                 |
| Gas utilizzato per il funzionamento:   |                 |

| VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA |   | SI                              | NO |
|----------------------------------|---|---------------------------------|----|
| VSE necessarie                   |   | X                               |    |
| Tecnico Esecutore 1              |   | GIULIA ABIS                     |    |
| Esito positivo                   |   | Tecnico Esecutore 2             |    |
| Rif. Strumenti di misura         | 1 | FLUKE ESA 620                   |    |
|                                  | 2 | Data ultima taratura 14.02.2018 |    |
|                                  | 3 | Data ultima taratura            |    |

**VERIFICHE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI**

Alla presenza del "Responsabile di Presidio / Distretto / U.O. / Servizio" o suo delegato con il ruolo di DIRETTORE PRESIDIO

1 - STEFANO MADEDDU 2 - \_\_\_\_\_ 3 - \_\_\_\_\_

e dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale e prestazionale per le apparecchiature sopra indicate, che hanno dato luogo ai seguenti risultati:

1) L'APPARECCHIATURA RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEA ALL'USO PREVISTO

| SI | NO |
|----|----|
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |
| X  |    |

2) IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'USO

3) IL MODULO B "ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE

4) IL MODULO C "PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE

La Ditta fornitrice si impegna a trasmettere alla email [bio.assloristano@higea.eu](mailto:bio.assloristano@higea.eu) i Moduli B e C debitamente compilati e firmati.

Tali moduli sono parte integrante del presente Verbale di Collaudo, in particolare i termini della garanzia decorreranno dalla data di completamento della formazione/addestramento:

Durata Garanzia 24 MESI Data Inizio Garanzia 12/04/2018 Data Fine Garanzia 12/04/2020

L'ESITO DEL COLLAUDO È DA RITENERSI



Positivo



Temporaneamente sospeso



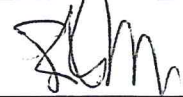
Negativo

NOTE \_\_\_\_\_

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo ORISTANO BOSA in data 26/05/2018 alle ore 11:00

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: STEFANO MADEDDU

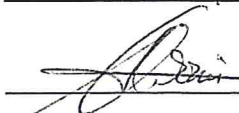
o suo Delegato



(firma)

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato:

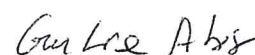
ANTONELLO ORRÙ



(firma)

Il Rappresentante della Ingegneria Clinica ( RTI Higea S.p.A ):

GIULIA ABIS



(firma)

Per conto del Servizio Ingegneria Clinica ASSL Oristano assiste al collaudo: \_\_\_\_\_ ( Ing. Christian Mura / Per.Ind. Valter Piga )