

**Servizio Sanitario
REGIONE SARDEGNA**

S.C. Servizio Ingegneria Clinica

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

Prot. NP/2018/ 40319 del 06/06/2018

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 Elettrocardiografo portatile – Lotto 4 - CIG 71719429C2.

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 4 a favore della Ditta Sanifram Srl per l'importo complessivo di €2.778,00 oltre Iva di legge per la fornitura di un elettrocardiografo portatile marca ECONET modello *Cardio M Plus*;
- ✓ 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 30/05/2018 la Ditta offerente ha fornito, posizionato e reso operative le attrezzature oggetto di fornitura e meglio specificate nell'allegato verbale di collaudo

**Servizio Sanitario
REGIONE SARDEGNA**

S.C. Servizio Ingegneria Clinica

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

- ✓ Viste tutte le certificazioni inerenti la fornitura in esame presentate dalla Ditta Sago Medical Srl depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visto l'allegato verbale di collaudo n.54/18 del 30/05/2018 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 54

Data 30/05/2018

[Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017]

RIFERIMENTO PRATICA

N° DET/DEL: 937 del 26/02/2018 Ditta Fornitrice: SANIFARM
Rif. Ordine di Acquisto S-BI-2018-12 del 02/03/2018 Rif. DDT 567 del 11/05/2018
Presidio: P.O. A.G. MAXIMO - BOIA Unità Operativa: DIAUSI
Note: _____

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA

N° Inventario Biomedicale: 6530 N° Inventario Patrimoniale: _____
Apparecchiatura: ELETTROCARDIOGRAFO
Costruttore: ECONET
Modello: CARDIO M PLUS Matricola: TBR0700064
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		

RISPONDE 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 checked="" 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 Implantabili' 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	_____ [W]
Potenza assorbita	_____ [VA]
Apparecchiatura	
<input checked="" type="checkbox"/> Medica <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Non Medica	
Classe elettrica	
<input checked="" type="checkbox"/> Classe I <input type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe A	
Grado di protezione	
<input type="checkbox"/> Tipo B <input type="checkbox"/> Tipo BF <input checked="" type="checkbox"/> Tipo CF	
Morsetto	
<input type="checkbox"/> Funzionale <input type="checkbox"/> Equipotenziale <input type="checkbox"/> N.A.	
Cavo	
<input checked="" type="checkbox"/> Separabile <input type="checkbox"/> Non separabile	
Gas utilizzato per il funzionamento:	
FUSIBILI SA	

VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA	SI	NO	
VSE necessarie	X		Tecnico Esecutore 1 <u>FEDERICA TICA</u>
Esito positivo	X		Tecnico Esecutore 2
Rif. Strumenti di misura	1		<u>FLUKE ESA 620</u> Data ultima taratura <u>14.02.2018</u>
	2		Data ultima taratura
	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 DI 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:

	SI	NO
1) L'APPARECCHIATURA RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEA ALL'USO PREVISTO	X	
2) IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'USO	X	
3) IL MODULO B "ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE	X	
4) IL MODULO C "PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE	X	

La Ditta fornitrice si impegna a trasmettere alla email 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 30-5-18 Data Fine Garanzia 30-5-2020

L'ESITO DEL COLLAUDO È DA RITENERSI ☒ Positivo ☐ Temporaneamente sospeso ☐ Negativo

NOTE _____

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo BOSA in data 30/5/2018 alle ore 12:30

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: STEFANO MADEDDU (firma) [firma]

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: ANDREA PATI (firma) [firma]

Il Rappresentante della Ingegneria Clinica (RTI Higea S.p.A): FEDERICA TICA (firma) Federica Tica

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