

**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 ASSSL 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 ASSSL 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. DIAISI

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		

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 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 AII
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 <u>GIULIA ABIS</u>
Esito positivo			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 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 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 24/05/2018 alle ore 11:00

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: STEFANO MADEDDU _____ (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 ASL Oristano assiste al collaudo: _____ (Ing. Christian Mura / Per.Ind. Valter Piga)