

**Servizio Sanitario  
REGIONE SARDEGNA**

---

**S.C. Servizio Ingegneria Clinica**

**CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE**

Prot. NP/2018/ 37637 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 Bioimpedenziometro per pazienti sottoposti a dialisi – Lotto 5 - CIG 7171985D3D.**

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 5 a favore della Ditta Estor SpA per l'importo complessivo di €.7.000,00 oltre Iva di legge per la fornitura di un bioimpedenziometro marca AKERN modello *EFG 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 24/05/2018 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***

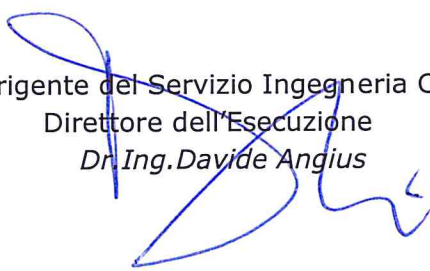
- ✓ Viste tutte le certificazioni inerenti la fornitura in esame presentate dalla Ditta Estor SpA depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visto l'allegato verbale di collaudo n.52/18 del 24/05/2018 redatto a cura del Servizio Ingegneria Clinica e facente parte integrante del presente 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

[ Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017 ]

ID COLLAUDO 52

Data 24/05/2018

## RIFERIMENTO PRATICA

N° DET/DEL: 937 del 26/02/2018 Ditta Fornitrice: ESTOR SPA  
Rif. Ordine di Acquisto S-BI-2018-14 del 02/03/2018 Rif. DDT 4862/3 del 13/04/2018  
Presidio: A.G. MASTINO - BOSA Unità Operativa: DIAUSI  
Note: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA

N° Inventario Biomedicale: 6509 N° Inventario Patrimoniale: \_\_\_\_\_  
Apparecchiatura: IMPEDENZIOMETRO  
Costruttore: AKERN  
Modello: EFG PLUS Matricola: LAB9201612001  
Causale acquisizione: ☒ ACQUISTO ☐ SERVICE ☐ NOLEGGIO ☐ LOCAZIONE ☐ LEASING ☐ DEMO  
Durata Garanzia / Tipo : 36 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		

RISPONDENZA A DIRETTIVE E NORME TECNICHE

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di Certificazione 93/42/CEE e s.m.i. ☒ SI ☐ NO ☐ NA

Classe apparecchiatura ( rif. Dir. 93/42/CEE e s.m.i. ) ☐ 1 ☒ 2a ☐ 2b ☐ 3

L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i. ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici' 93/42/CEE e s.m.i. ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici Implantabili' 90/385 e s.m.i. ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva ( specificare ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri ( specificare ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali norme particolari ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI ( specificare ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è conforme alle norme IEC ( specificare ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

L'apparecchio è conforme alle norme UNI ( specificare ) ☒ SI ☐ NO ☐ NA

NOTE

SI	NO	NA	DATI TECNICI
<input checked="" type="checkbox"/>			Tensione di alimentazione <u>12</u> [ V ]
		<input checked="" type="checkbox"/>	Corrente assorbita <u>0,4</u> [ A ]
<input checked="" type="checkbox"/>			Potenza assorbita _____ [ W ]
		<input checked="" type="checkbox"/>	Potenza assorbita _____ [ VA ]
		<input checked="" type="checkbox"/>	Apparecchiatura <input checked="" type="checkbox"/> Medica <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Non Medica
<input checked="" type="checkbox"/>			Classe elettrica <input type="checkbox"/> Classe I <input checked="" type="checkbox"/> Classe II <input type="checkbox"/> Classe AI
		<input checked="" type="checkbox"/>	Grado di protezione <input type="checkbox"/> Tipo B <input checked="" type="checkbox"/> Tipo BF <input type="checkbox"/> Tipo CF
		<input checked="" type="checkbox"/>	Morsetto <input type="checkbox"/> Funzionale <input type="checkbox"/> Equipotenziale <input checked="" type="checkbox"/> N.A.
		<input checked="" type="checkbox"/>	Cavo <input checked="" type="checkbox"/> Separabile <input 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	FWKE ESA 620	
	2		
	3		
		Data ultima taratura	
		Data ultima taratura	
		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
- 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

SI	NO
X	
X	
X	

NP

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 36 mesi Data Inizio Garanzia 24/05/2018 Data Fine Garanzia 24/05/2021

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

NOTE \_\_\_\_\_

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo BOSA in data 24/05/2018 alle ore 12:45

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

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: PIER PAULINO FANNA (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 )