



S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie

Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n°: _____ Data: 17.07.15 Ora: _____Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.itIl presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio * SAN MARTINO	Unità Operativa/Poliambulatorio * BLOCCO OPERATORIO SALA ORTOPEDIA	Edificio - Piano - Stanza * <u>I</u> PIANO	
N° Inventario * SAN MARTINO	Matricola *	Descrizione apparecchiatura * N°1 OFFICA ARTROSCOPICI CODICE 2873L BWA	
Codifica CIVAS	Ditta Manutentrice (se conosciuta) SANIFARM SRL CAGLIARI	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare * Telefono/Fax * HANNA SALVATORE 0783 317294	Garanzia * CONTRATTO IN CORSO X SOSTITUZIONE	Urgente * <u>SI</u>	Contratto *
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
LENTE ROTTA			

Referente di Struttura
Organizzativa:*

Sig. _____ Tel. _____

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

**Servizio Ingegneria Clinica**Prot. *PG/2013/52395*

Oristano lì, 24/07/2013

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.

Fax 070 282339

Tel 070 288350

Spett.le Ditta SANIFARM**Viale Monastir, 126/A****09122 CAGLIARI**

Si chiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Ottica Artroscopica .	Codice 28731 BWA	Lente rotta.

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslорistano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente della stessa Unità Operativa Manai Salvatore (tel.0783 317294) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda ricevuta l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.

In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslорistano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.

Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 60 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

-Ing. Marcello Serra-

31/07/2013

Prot.n.146/13/DP/mgm

Spettabile
Azienda USL.N.5
Servizio Ingegneria Clinica
P.O. S.Martino.
09170 ORISTANO

Oggetto: preventivo di riparazione per strumentario K. Storz.

A seguito Vs. cortese richiesta del 24/07/2013 prot.n.PG/2013/52395 la Sanifarm S.r.l., con sede legale in Cagliari Viale Monastir n. 126/a, nella propria qualità di Concessionaria Esclusiva per la Sardegna della K.Storz si pregia sottoporre il preventivo di spesa per la riparazione di

-N.1 OTTICA ARTROSCOPICA COD.28731BWA

Lavoro da eseguire

Dal controllo del tecnico si rileva che l'ottica necessita della sostituzione delle principali parti operative. Si propone la sostituzione in regime di R/E allo stesso costo del contratto triennale che alla data odierna risulta scaduto.

-Ottiche Artroscopica

A € 1100,00 Cad. + i.v.a.21%

Totale costo riparazione 1100,00 + i.v.a. 21%

Prezzo di Listino € 3706,00(tremilasettecentoseieuro) cad. ottica + i.v.a. 21%

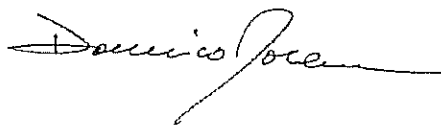
Garanzia 2 anni

In attesa di un Vs. sollecito riscontro in merito, l'occasione ci è gradita per porgerVi distinti saluti.

Sanifarm S.r.l.

L'Amministratore Unico

Dott. Domenico Porcu



Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Vetter Piga





S.S.D. Ingegneria Clinica

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie

Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n°: _____ Data: 26/07/2013 Ora: 12:30Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.itIl presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio * OSPEDALE SAN MARTINO	Unità Operativa/Poliambulatorio * BLOCCO OPERATORIO	Edificio - Piano - Stanza *		
N° Inventario * S.N. 2866633 S.N. 660007	Matricola * 28731 BWA 28731 BWA	Descrizione apparecchiatura * 2 OTTICHE ARTROSCOPICHE 30° STORZ		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)		
Persona di reparto da contattare * COORDINATORE BLOCCO OPERATORIO	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
Telefono/Fax *	SALVATORE MAHAJ			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*				
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*				
Descrizione del Malfunzionamento:*				
- OTTICA ARTROSCOPICA DANNEGGIATA DURANTE UTILIZZO.				
- // // CREPATA				

Referente di Struttura
Organizzativa:*

Sig. _____ Tel. _____

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

CONSEGNATE IN DATA 26/08/13

ANTONELLI SANICIANO

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica

Ass. Tec. Valtèr Piga ASL Oristano

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. n. PG/2013/53950

Oristano lì, 31 Luglio 2013

Fax 070 282339
 Tel 070 288350
 e-mail sanifarmsardegna@tiscali.it

Spett.le Ditta SANIFARM
Viale Monastir, 126/A
09122 CAGLIARI

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.

Si chiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione al Blocco Operatorio del Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
OTTICA ARTROSCOPICA 30° STORZ MOD. 28731BWA	1866633	OTTICA DANNEGGIATA SCARSA VISUALE
	660007	OTTICA DANNEGGIATA SCARSA VISUALE

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente della stessa Unità Operativa Luigi Tedeschi (0783 3171) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda ricevuta l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.

In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

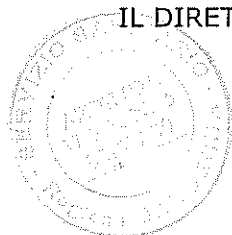
Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.


Il pagamento della relativa fattura, previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico, sarà disposto nei termini di 90 giorni dalla data di registrazione nel protocollo Aziendale ed in caso di applicazione di interessi per ritardato pagamento si applicherà il tasso legale.

La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
-Ing. Marcello Serra-

 ASL Oristano

ASL 5 Oristano


Servizio
Ingegneria Clinica

Via Rockefeller snc
09170 **Oristano**
Fax 0783779102

www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 2 di 2

 ASL Oristano

31/07/2013

Prot.n.147/13/DP/mgm

Spettabile
Azienda USL.N.5
Servizio Ingegneria Clinica
P.O. S.Martino.
09170 **ORISTANO**

Oggetto: preventivo di riparazione per strumentario K. Storz.

A seguito Vs. cortese richiesta del 31/07/2013 prot.n.PG/2013/53950 la Sanifarm S.r.l., con sede legale in Cagliari Viale Monastir n. 126/a, nella propria qualità di Concessionaria Esclusiva per la Sardegna della K.Storz si pregia sottoporre il preventivo di spesa per la riparazione di

-N.2 OTTICHE ARTROSCOPICA COD.28731BWA

Lavoro da eseguire

Dal controllo del tecnico si rileva che le ottiche necessitano della sostituzione delle principali parti operative. Si propone la sostituzione in regime di R/E allo stesso costo del contratto triennale che alla data odierna risulta scaduto.

-Ottiche Artroscopica

A € 1100,00 Cad. + i.v.a.21%

Totale costo riparazione 2200,00 + i.v.a. 21%

Prezzo di Listino € 3706,00(tremilasettecentoseieuro) cad. ottica + i.v.a. 21%

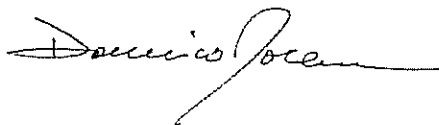
Garanzia 2 anni

In attesa di un Vs. sollecito riscontro in merito, l'occasione ci è gradita per porgerVi distinti saluti.

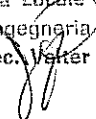
Sanifarm S.r.l.

L'Amministratore Unico

Dott. Domenico Porcu



Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Vetter Piga





ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

D. A. I. S. F. A. U. D.

Mod. SO-4.a	
DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie Parte 4: Manutenzione Correttiva	
Richiesta n°: <u>1</u>	Data: <u>06.07.13</u> Ora: <u>9:15</u>
Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asl.oristano.it	

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
BOSA	S.O.	I°	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
		OTTICA HOPKINS II 30° SMAY	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrica (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
22005 BA	STORZ	AZIENDA	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
FOIS		X	
Telefono/Fax *			
0785 225 378			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
NO			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
SI			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
OTTICA APPANNATA		Urgente	

Referente di Struttura
Organizzativa:*

Sig. FOIS

Tel. _____

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

S.S.D. Ingegneria Clinica

@ ROSTANO

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di preventivo per manutenzione correttiva a richiesta su attrezzature sanitarie
 Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie

Parte 4: Manutenzione Correttiva

Richiesta n°: 2 Data: 04.07.13 Ora: 9:15

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asl.oristano.it

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
 I dati con l'asterisco sono obbligatori.

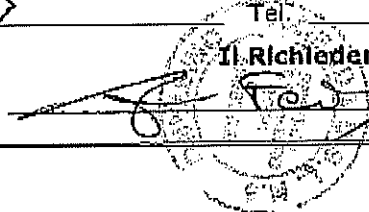
Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *	
BOSA	S.O.	I°	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
		OTTICA HOPKINS II 30° 2.9mm	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *	
26120 BA	KARL STORZ	(Azienda/Service/Altri) AZIENDA	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
FOIS		X	
Telefono/Fax *			
0785 225 378			
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NO			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * SI			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
ROTTURA NELL'OTTICA Urgente			

Referente di Struttura
 Organizzativa:*

Sig.

Tel.

Il Richiedente



Parte riservata al Ricevente

**Servizio Ingegneria Clinica**Prot. Pa/2013/49060Oristano li, 11.07.2013**OGGETTO:** Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 070 282339
Tel 070 288350**Spett.le Ditta SANIFARM srl**
Viale Monastir, 126/A
09122 CAGLIARI

Si chiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione delle apparecchiature di seguito indicate, in dotazione alla Sala Operatoria del Presidio Ospedaliero di Bosa.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Ottica Hopkins II 30° 2.9 mm Storz	26120BA	Rottura dell'ottica
Ottica Hopkins II 30° 5 mm Storz	27005BA	Ottica appannata

L'offerta dovrà pervenire via fax al numero (0783/779102) e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslristano.it, presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevisimo termine max 3 giorni lavorativi.**

Al fine di formulare l'offerta, codesta spettabile Ditta è autorizzata ad effettuare un sopralluogo presso la predetta Unità Operativa, prendendo preventivamente i necessari contatti con il referente della stessa Unità Operativa e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

Prima del sopralluogo la Ditta potrà chiedere maggiori informazioni sul guasto al fine di organizzarsi per portare l'attrezzatura e le parti di ricambio eventualmente necessarie alla risoluzione del guasto segnalato.

Nel preventivo di spesa dovranno essere indicati distintamente il costo della manodopera, il codice, la descrizione e il prezzo di ciascun pezzo di ricambio, le spese di trasferta del tecnico, l'aliquota I.V.A., il costo complessivo nonché il periodo e le condizioni di garanzia successive alla riparazione effettuata.

La manutenzione dovrà essere eseguita secondo le indicazioni del costruttore ed in conformità con le normative CEI del Comitato Tecnico 62 o 66 generali e particolari valide per l'apparecchiatura elettromedicale sopra specificata.

Si precisa che nei casi di interventi su parti connesse alla rete o al paziente ed in tutti gli altri casi in cui risulti specificato dalla normativa sulle manutenzioni al termine della stessa dovrà essere eseguita la verifica di sicurezza elettrica ai sensi della CEI 62.5 o 66.5.

L'Azienda riceve l'offerta, si riserva la facoltà di esaminarla e di decidere in merito all'affidamento del servizio.

Qualora la Ditta sia in grado di risolvere l'intervento già in fase di sopralluogo (prima della formale approvazione del preventivo) dovrà chiedere autorizzazione scritta al Servizio di Ingegneria Clinica o alternativamente, in caso di estrema urgenza, motivata in forma scritta dal Responsabile dell'Unità Operativa interessata o dal suo referente, potrà eseguire seduta stante l'intervento tecnico richiesto e, in entrambi i casi, dovrà inviare via fax un preventivo/consuntivo comprensivo di tutte le spese.In entrambi i casi sopra descritti, la Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslristano.it, il verbale di lavoro e la copia delle verifiche eseguite che dovrà riportare il numero, la data di protocollo e l'oggetto della presente nonché l'attestazione da parte del responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio della regolarità dell'intervento con il dettaglio relativo al numero delle ore di lavoro, ai ricambi sostituiti, ecc.

Si precisa che una copia cartacea dei suddetti rapporti di lavoro e verifiche dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura, mentre un'altra copia cartacea dovrà essere allegata alla fattura.

Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti e la Ditta sarà ritenuta responsabile dei danni causati alle persone e/o cose in conseguenza di eventuali imperfezioni.

La manutenzione dovrà essere eseguita dai tecnici ai sensi del D.Lgs. 81 del 2008.

Il pagamento della relativa fattura avverrà previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico.

La fattura dovrà essere intestata e trasmessa in duplice copia alla Azienda Sanitaria Locale n. 5 Via Carducci, 35 - 09170 Oristano P.I./C.F. 00681110953, **corredata da una copia del verbale di lavoro compilato in ogni sua parte e firmato dal tecnico di codesta Ditta e dal responsabile/referente dell'Unità Operativa/ Poliambulatorio. Si precisa che la mancanza del foglio di lavoro allegato alla fattura non consentirà il pagamento della stessa.**

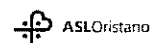
Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Valter PigaIL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
-Ing. Marcello Serra-

ASL 5 Oristano

Servizio
Ingegneria ClinicaVia Rockefeller snc
09170 Oristano
Fax 0783779102www.asloristano.itE-mail: ingegneriaclinica@aslristano.it

Pag. 1 di 1





30/07/2013

Prot.n.145/13/DP/mgm

Spettabile
Azienda USL.N.5
Servizio Ingegneria Clinica
P.O. S.Martino.
09170 **ORISTANO**

Oggetto: preventivo di riparazione per strumentario K. Storz.

A seguito Vs. cortese richiesta del -05/07/2013 la Sanifarm S.r.l., con sede legale in Cagliari Viale Monastir n. 126/a, nella propria qualità di Concessionaria Esclusiva per la Sardegna della K.Storz si pregia sottoporre il preventivo di spesa per la riparazione di

-N.1 OTTICA COD.26120BA

-N.1 OTTICA COD.27005BA

Lavoro da eseguire

Dal controllo del tecnico si rileva che le ottiche necessitano della sostituzione delle principali parti operative. Si propone la sostituzione in regime di R/E allo stesso costo del contratto triennale che alla data odierna risulta scaduto.

-Ottiche Isteroscopiche e Urologiche

A € 1350,00 Cad. + i.v.a.21%

Totale costo riparazione 2700,00 + i.v.a. 21%

Prezzo di Listino € 4930,00(quattromilanovecentotrentaeuro) cad. ottica + i.v.a. 21%

Garanzia 2 anni

In attesa di un Vs. sollecito riscontro in merito, l'occasione ci è gradita per porgerVi distinti saluti.

Sanifarm S.r.l.

L'Amministratore Unico

Dott. Domenico Porcu

Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. **Valter Piga**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Direttore del Servizio Ingegneria Clinica N° _____ DEL _____

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data Preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 21%	Preventivo IVA inclusa
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Oristano	D0102	N. 1 Ottihe Karl Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	31.07.2013	1.100,00	231,00	1.331,00
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Oristano	D0102	N. 2 Ottihe Karl Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	31.07.2013	2.200,00	462,00	2.662,00
Blocco Operatorio Presidio Ospedaliero di Bosa	D0104	N. 2 Ottihe Karl Storz	Ditta Sanifarm di Cagliari	30.07.2013	2.700,00	567,00	3.267,00
					6.000,00	1.260,00	7.260,00

1.100,00	1.100,00	1.350,00
1.100,00	2.200,00	2.700,00