

AHSI SPA

C.F. E P. IVA 02481080964 REGISTRO IMPRESE MB 02481080964 REA MB 1469293
 REGISTRO A.E.E. IT08020000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.
 SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO
 DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO

SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA

VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 20881 BERNAREGGIO MB
 TEL 039.6827.1 FAX 039.6827.400

WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT



Bianchi

FATTURA

COPIA CLIENTE

NUMERO	DATA	SCADENZA PAGAMENTO	PAG.
4345	*31/10/11	*31/12/11	2

DESTINAZIONE DELLA MERCE

AZIENDA U.S.L. N.5
 OSPEDALE SAN MARTINO

VIA ROCKFELLER
 09170 ORISTANO

SPETTABILE

AZIENDA U.S.L.NR 5

VIA CARDUCCI, 35
 09170 ORISTANO

Cod. 12467
 SERVIZIO BILANCIO
 REGISTRO FATTURE
 N° 22713 del 22.11.11

CODICE CLIENTE
010617

AGENTE
 27

IVA
IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA

RESA MERCE
 PORTO FRANCO

CODICE FISCALE
 00681110953

PARTITA IVA
 00681110953

CONDIZIONI DI PAGAMENTO
BONIFICO 60 GG DF

BANCA D'APPOGGIO
UNICREDIT S.P.A.

IT86Y0200820411000030105937

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITÀ	PREZZO UNITARIO	IMPORTO	COD. IVA
A13274	POS.N.5 CIG. 157721897S PLASMAFROST 3 (230V) CONGELATORE RAPIDO (DM REP. 275252/R) Matricola n. A63406	N.	1	20590,00	20590,00	21
040R10	REGISTRATORE GRAFICO -90/-30 °C DISCO SETTIMANALE	N.	1	675,00	675,00	21
976VPR	VERSIONE PORTATILE REGISTRATORE -VP	N.	1			21
CCO02080000	GUANTI CRIOGENICI PROTETTIVI PER CRIOGENIA T.M	N.	3	165,00	495,00	21
A13526	POS.N.6 CIG. 1577S4467C BBR 850 B FRIGOEMOTECA (DM 395293) Matricola n. A63407 GARANZIA: 24 MESI FULL RISK	N.	1	4252,00	4252,00	21

Allegato n° 1 alla determinazione
 Serv. Provveditorato N° _____ del _____
 Composto di n° 6 fogli

TOTALE MERCE	VARIE	% SCONTO	INTERESSI DI MORA SECONDO D. LGS. N°231/02, DOVUTI SOLO SE RICHIESTI			
37321,00						
% IVA	DESCRIZIONE IVA	IMPONIBILE IVA	IMPORTO IVA	TOTALE IVA	TOTALE FATTURA	EUR
21		37321,00	7837,41	7837,41	45.158,41	

CONTRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO
 CONDIZIONI DI VENDITA - NEL CASO DI PAGAMENTO DILAZIONATO, SIA CONTRO IL RILASCIO DI EFFETTI SIA A SEMPLICE SCADENZA, LA MERCE FORNITA RIMANE A NORMA DI LEGGE DI
 NOSTRA ESCLUSIVA PROPRIETÀ FINO ALL'ESTINZIONE DEL DEBITO - I PAGAMENTI SARANNO RICONOSCIUTI SOLO SE FATTI DIRETTAMENTE ALLA NOSTRA SEDE DI BERNAREGGIO (MB) -
 FORO COMPETENTE MONZA - IN CASO DI RITARDATO PAGAMENTO DECORRERANNO GLI INTERESSI DI MORA NELLA MISURA BANCARIA ATTUALE

AHSI SPAC.F. E P. IVA 02481080964 REGISTRO IMPRESE MB 02481080964 REA MB 1469293
REGISTRO A.E.E. IT0802000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.
SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO
DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO**SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA**VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 20881 BERNAREGGIO MB
TEL 039.6827.1 FAX 039.6827.400

WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT

**FATTURA**

COPIA CLIENTE

NUMERO	DATA	SCADENZA PAGAMENTO	PAG.
4345	*31/10/11	*31/12/11	1

DESTINAZIONE DELLA MERCE
AZIENDA U.S.L. N.5 OSPEDALE SAN MARTINO
VIA ROCKFELLER 09170 ORISTANO

SPETTABILE
AZIENDA U.S.L.NR 5
VIA CARDUCCI, 35 09170 ORISTANO

CODICE CLIENTE 010617	AGENTE 27
--------------------------	--------------

IVA IVA AD ESIGIBILITA' DIFFERITA

RESA MERCE PORTO FRANCO

CODICE FISCALE 00681110953	PARTITA IVA 00681110953
-------------------------------	----------------------------

CONDIZIONI DI PAGAMENTO BONIFICO 60 GG DF

BANCA D'APPOGGIO UNICREDIT S.P.A.

IT86Y0200820411000030105937

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	U.M.	QUANTITÀ	PREZZO UNITARIO	IMPORTO	COD. IVA
A13277	BOLLA: 11-BV- 4324-*31/10/11 NS.RIF. 11-O4- 1154-*31/08/11 VS.ORD. BI-2011-96 *18/10/11 DELIBERAZIONE N.464 DEL 25/08/11 VS.PROT. N.57133/FB DEL 31/08/11 POS.N.2 CIG.1576379519 PLATINUM 370 SH CONGELATORE ORIZZONTALE (DM REP. 276612/R) Matricola n. A63405	DEP.	11			
CCO02080000	GUANTI CRIOGENICI PROTETTIVI PER CRIOGENIA T.M	N.	3	165,00	495,00	21
51025411	POS.3 CIG.157646299 MSC-ADVANTAGE 12, 230V, 50HZ CAPP A FLUSSO LAMINARE Matricola n. 41240724	N.	1	5750,00	5750,00	21
B20081	SUPPORTO DA PAVIMENTO FISSO BI MM. 820 H, PER ADVANTAGE 12	N.	1			21
51900912	LAMPADA UV (INSTALLAZIONE DIRETTA C/O THERMO)	N.	1			21
20246	RUBINETTO PER ARIA COMPRESSA 3/8" TIPO LUNGO, PARETE LATERALE CREVOLA	N.	1	22,00	22,00	21
20039	RUBINETTO PER VUOTO 3/8" TIPO LUNGO, PARETE LATERALE CREVOLA	N.	1	22,00	22,00	21

TOTALE MERCE	VARIE	% SCONTO	INTERESSI DI MORA SECONDO D. LGS. N°231/02, DOVUTI SOLO SE RICHIESTI *** SEGUE ***			
--------------	-------	----------	---------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

% IVA	DESCRIZIONE IVA	IMPONIBILE IVA	IMPORTO IVA	TOTALE IVA	TOTALE FATTURA
-------	-----------------	----------------	-------------	------------	----------------

CONTRIBUTO AMBIENTALE CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO
CONDIZIONI DI VENDITA - NEL CASO DI PAGAMENTO DILAZIONATO, SIA CONTRO IL RILASCIO DI EFFETTI SIA A SEMPLICE SCADENZA, LA MERCE FORNITA RIMANE A NORMA DI LEGGE DI
NOSTRA ESCLUSIVA PROPRIETÀ FINO ALL'ESTINZIONE DEL DEBITO - I PAGAMENTI SARANNO RICONOSCIUTI SOLO SE FATTI DIRETTAMENTE ALLA NOSTRA SEDE DI BERNAREGGIO (MB) -
FORO COMPETENTE MONZA - IN CASO DI RITARDATO PAGAMENTO DECORRERANNO GLI INTERESSI DI MORA NELLA MISURA BANCARIA ATTUALE

ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : BI - 2011 - 96
DEL : 18/10/2011

UTENTE : BIANCHI MARIA FRANCESCA
TELEFONO : 0783/317790

FORNITORE

AHSI SPA (12467)

VIALE DELLE INDUSTRIE ,33
20044 BERNAREGGIO (MI)

TELEFONO : 039.6827.1

FAX : 039.6827.400

TIPOLOGIA: A51 - ORDINE - CONTRATTO BENI

PROVVEDIMENTO: DELIBERA DIRETTORE GENERALE N. 464 DEL 2011 - AGGIUDICAZIONE PROCEDURA DI COTTIMO FIDUCIARIO

■ **Note:** RIFERIMENTO OFFERTA N.SB/11/000874 DEL 07.04.11
DIRETTORE DELL'ESECUZIONE DR. PAOLO CASULA (incaricato del ricevimento ed a sovrintendere alle operazioni di collaudo e prove di funzionamento in collaborazione, eventuale, con il Servizio di Ingegneria Clinica)
pagamento fattura 60 gg dal collaudo positivo
consegna 30/40 gg lavorativi data ricevimento ordine

Codice	UM	Quantita	Prezzo Unit.	%Sc	Imponibile	%IVA	Importo	
88306	N	1,00	5 515,40	0,00	0,00	5 515,40	21,00	6 673,63

CONGELATORE ORIZZONTALE

codice A13277 PLATINUM 370 SH completo di n.3 guanti per criogenia T.M. cod.CCO0208000 (COSTO UNITARIO €.165,00)

CIG: 1576379519 - SIT. CONGELATORE ORIZZONTALE - AGGIUDICATARIA AHSI

846158	N	1,00	5 794,00	0,00	0,00	5 794,00	21,00	7 010,74
--------	---	------	----------	------	------	----------	-------	----------

CAPPA BIOLOGICA -CBI

COD.51025411 MSC-ADVANTAGE 12 completa di:
cod.B20081 supporto da pavimento
cod.51900912 lampada UV
cod.20246 rubinetto per aria compressa
cod.20039 rubinetto per vuoto

CIG: 1576462996 - SIT - CAPPA BIOLOGICA - AGGIUDICATARIA AHSI

79190	N	1,00	21 760,00	0,00	0,00	21 760,00	21,00	26 329,60
-------	---	------	-----------	------	------	-----------	-------	-----------

CONGELATORE RAPIDO#

CODICE A13274 PLASMAFROST 3 completo di:
cod.A11352 registratore grafico
cod.CCO0208000 n.3 guanti criogenia T.M.

CIG: 1577218975 - SIT - CONGELATORE RAPIDO - AGGIUDICATARIA AHSI

89377	N	1,00	4 252,00	0,00	0,00	4 252,00	21,00	5 144,92
-------	---	------	----------	------	------	----------	-------	----------

FRIGOEMOTECA -FRE

CODICE A1326 BBR 850/B

CIG: 157754467C - SIT - FRIGO EMOTECA - AGGIUDICATARIA AHSI

<u>COD IVA</u>	<u>IVA%</u>	<u>IMPONIBILE</u>	<u>IMPOSTA</u>
21	21.00	37 321,40	7 837,49

TOTALE IMPONIBILE

37 321,40

TOTALE IVA

7 837,49

TOTALE ORDINE

45 158,89

Luogo consegna
Z5ML01 - P.O. SAN MARTINO - ORISTANO
V.LE ROCKEFELLER S.N.C
ORISTANO

Centro di Destinazione
5AAE0202A0800 - U.O. IMMUNOL. E TRASFUSIONE Comp. Comuni

N.B. AVVERTENZA PER I FORNITORI - CONDIZIONI INDISPENSABILI PER IL PAGAMENTO DELLA FATTURA:
Nella fattura e nel documento di trasporto dovranno essere obbligatoriamente riportati sigla, anno e numero dell'ordine

ORDINE : BI - 2011 - 96

sopra indicati (es. XX-AAAA-NNNNN). Non potranno essere in alcun modo addebitati all'ASL n°5 di Oristano oneri per l'eventuale ritardato pagamento determinato dalla omessa indicazione dei riferimenti richiesti.

La fattura dovrà essere inviata, tassativamente, alla sede legale dell'Azienda. All'ordine potranno far seguito una o più fatture, mentre non potrà essere emessa unica fattura riferita a diversi ordini di fornitura. La consegna dovrà essere effettuata franco magazzino ASL N°5 a carico del fornitore entro i termini di consegna indicati nel contratto di fornitura. I prodotti non corrispondenti all'ordine saranno resi al fornitore con oneri a carico del medesimo e saranno disponibili per il ritiro presso il magazzino a totale rischio del fornitore dal momento della segnalazione della Struttura di destinazione.

**IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
PROVVEDITORATO**

(D.ssa Maria Gesuina Demurtas)

MOVIMENTO DI CARICO num. 3983 del 01/12/2011

BIANCHI MARIA FRANCESCA

Magazzino: M23 - MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE
Causale: A5_3 - Carico per acquisto da ordine
Numero: 3983 Del: 01/12/2011
Rif. Bolla: 4324 Del: 14/11/2011
Ordine: BI 2011 96
Fornitore: 12467 - AHSI SPA
VIALE DELLE INDUSTRIE - 33
20044 - BERNAREGGIO - MI

Prodotto	Descrizione	UM	Quantità	Prezzo	%Iva	%Sc1	%Sc2
79190	CONGELATORE RAPIDO#	N	1,00	21 760,00	21.00	0.00	0.00
	CODICE A13274 PLASMAFROST 3 completo di: cod.A11352 registratore grafico cod.CCO0208000 n.3 guanti criogenia T.M.						
Cdc:	5AAE0202A0 U.O. IMMUNOL. E TRASFUSIONE Comp. Comuni			1,00			
	800						

Numero prodotti: 1	Netto:	21 760,00
	Iva:	4 569,60
	Totale:	26 329,60

Il magazziniere:

Per ricevuta:

MOVIMENTO DI CARICO num. 3986 del 17/11/2011

BIANCHI MARIA FRANCESCA

Magazzino: M23 - MAGAZZINO CONSEGNE DIRETTE

Causale: A5_3 - Carico per acquisto da ordine

Numero: 3986 Del: 17/11/2011

Rif. Bolla: 4324 Del: 30/10/2011

Ordine: BI 2011 96

Fornitore: 12467 - AHSI SPA

VIALE DELLE INDUSTRIE - 33
20044 - BERNAREGGIO - MI

Prodotto	Descrizione	UM	Quantità	Prezzo	%Iva	%Sc1	%Sc2
88306	CONGELATORE ORIZZONTALE codice A13277 PLATINUM 370 SH completo di n.3 guanti per criogenia T.M. cod.CCO0208000 (COSTO UNITARIO € 165,00)	N	1,00	5 515,40	21.00	0.00	0.00
Cdc:	5AAE0202A0 U.O. IMMUNOL. E TRASFUSIONE Comp. Comuni 800					1,00	
846158	CAPPA BIOLOGICA -CBI COD.51025411 MSC-ADVANTAGE 12 completa di: cod.B20081 supporto da pavimento cod.51900912 lampada UV cod.20246 rubinetto per aria compressa cod.20039 rubinetto per vuoto	N	1,00	5 794,00	21.00	0.00	0.00
Cdc:	5AAE0202A0 U.O. IMMUNOL. E TRASFUSIONE Comp. Comuni 800					1,00	
89377	FRIGOEMOTECA -FRE CODICE A1326 BBR 850/B	N	1,00	4 252,00	21.00	0.00	0.00
Cdc:	5AAE0202A0 U.O. IMMUNOL. E TRASFUSIONE Comp. Comuni 800					1,00	
Numero prodotti:	3						
				Netto:			15 561,40
				Iva:			3 267,894
				Totale:			18 829,29

Il magazziniere:

Per ricevuta:

*Il Servizio Ingegneria Clinica***Prot. 3556538****Oristano lì, 24 Gennaio 2012****Alla Responsabile del Servizio Acquisti**

Oggetto: trasmissione collaudo apparecchiature fornite dalla ditta ASHI (Determina servizio Acquisti n. 221 del 2011, Ordine BI-2011-75 del 29/07/2011) **e dalla ditta SARAL** (Delibera n. 464 del 25/08/2011)

Si trasmette copia del collaudo di apparecchiature da laboratorio fornite dalla ditta ASHI e dalla ditta SARAL ed installate presso il Servizio Trasfusionale del P.O. San Martino di Oristano.

Ditta ASHI

Apparecchiatura	Ditta	Modello	Matricola	Inventari IC
Congelatore Rapido	Angelantoni	PLASMAFROST3	A63406	3500
Congelatore Orizzontale	Angelantoni	BBR 850B	63407	3496
Cappa Flusso Laminare	THERMO SCIENIFIC	ADVANTAGE 12	41240724	3497

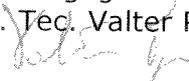
Ditta SARAL

Apparecchiatura	Ditta	Modello	Matricola	Inventari IC
Microscopio	OPTIKA	DM-20	293332	3484
Monitor	PHILIPS	246EL25BH/00	UF5A1103002734	3485
PC	ACER	VEVERITION M288	PSVC1B301412701C 979500	3486

Esito dei Collaudi "Positivo"

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° _____ fogli

Distinti saluti,

Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Valter Piga

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 464 del 25.08.2011 la ASL 5 M. CRISTIANO, ha affidato alla Ditta AHSI SPA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
0003495	ANGELANTONI	CONGELATORE ORIZ.	PLATINUM 3FC SH	63405
0003496	ANGELANTONI	FRIGORIFERICO	BBR 850 B	63407
0003497	THERMO SCIENTIFIC	CAPPA FLUSSO LAM.	ADVANTAGE 12	4124.0724

Accessori

Allegato n° _____ data determinazione
Serv. Provinciale n° _____ del _____
Composto di n° _____ fogli

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO IMMUNOLOGIA E TRASFUSIONE presso la Struttura: P.O. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 14.11.2011 con bolla nr. 4324 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 17.11.2011 presso U.O. IMMUNOLOGIA E TRASF. sono convenuti i signori

C. ROSSI

Incaricato DITTA AHSI SPA.

R. SECHI

Incaricato INGEGN. CLINICA

DR. CASOLA

Incaricato ASL CRISTIANO

Incaricato _____

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note COLLAUDO ESEGUITO PARZIALMENTE - COMPLETAMENTO AL COLLAUDO DEL PLASIFROST 3

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Firma]

Il Consegnatario del bene [Firma]

Il referente Amm.vo dell'Azienda [Firma]

Il Responsabile della ditta fornitrice [Firma]

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



PROF. EBM
ELETTRONICA BIO MEDICALE srl
Via F. Bettini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661 - Fax 0742/326632
www.ebm.it - info@ebm.it

a company of

Cliente: ASL CRISSANO

N° 3071

Data 17.11.

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
000 3495	CONGELATORE CRIZZ.	ANGELANTONI	PLATINUM 370 3H	63405
000 3496	FRIGORIFERO	ANGELANTONI	BBR 850 B	63407
000 3497	CAPPA FLUSSE MATT.	THERMO SCIENTIFIC	ADVANTAGE 12	4124072

Da assegn. alla Struttura D.O. SAN MARINO all' U.O./SERVIZIO IMMUNOL. E TRASFUS. Ubic. stanza cod.: 40P. 7002

Provenienti da: Delibera n° 464 del 25.08.2011
 Ordine n° BI-2011-96 del 18.10.2011
 DDT n° 4324 del 14.11.2011
 FATTURA n° _____ del _____

TITOLO DI POSSESSO: PROPRIETA' AFFITTO COMODATO D'USO LEASING SERVICE DONAZIONE VISIONE PROP. ALTRI ENTI 3

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica

[Signature]

TIMBRO e FIRMA DEL RESP. U.O. / SERVIZIO
(per accettazione)

[Signature]

Azienda Sanitaria n. 4 - Oristano
P.O. "San Martino"
Immunematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore Dr. Paola Casula
DOTT. CASULA



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	ROSSI	CLAUDIO
In qualità di Responsabile del Servizio di	ASSISTENZA TECNICA AUTORIZZATA.	
	DELEGATO	

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di ANGELANTON: ERIGOMETECA D113952 NAT. A6340Z al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: CLAUDIO ROSSI

Docente del Corso	CLAUDIO ROSSI
In qualità di	TECNICO
della Ditta	AHSI ELETTRONICA PROFESSIONALE CAGLIARI

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta AHSI (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria n. 3 - Oristano
P.O. "San Martino"
Immunematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore
Dr. Paolo Casula



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	ROSSI CLAUDIO
In qualità di Responsabile del Servizio di	ASSISTENZA TECNICA AUTORIZZATA
	DELEGATO

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di PLATINUM SFO SH al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: ROSSI CLAUDIO

Docente del Corso	ROSSI CLAUDIO
In qualità di	TECNICO
della Ditta	AHSI ELETTRONICA PROFESSIONALE CAGLIARI

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta AHSI (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano
P.O. "San Martino"
Immunematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore
Dr. Paolo Casula



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>ROSSI CLAUDIO</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>AHSI</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. MSC-ADVANTAGE numero di serie 41240724 numero di installazione 0003497

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2013</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2012</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2012</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>X - 11 - 2013</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/ - 11 - 2012</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/ - 11 - 2012</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>17 - 11 - 2011</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/ - 11 - 2013</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/ - 11 - 2013</u>

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore (firma)

(Handwritten signature)

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano
 "Consorzio Sanitario"
 Ingegneria e Medicina Trasfusionale
 Direttore
 Dr. Paolo Casula

(Handwritten signature)



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>ROSSI CLAUDIO</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>AH SI</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. PLATINUM 3FO SH numero di serie A 63405 numero di installazione U000 3495

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2012</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2013</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>_____</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>SPOSTO DURANTE MANUTENZIONE PREVENTIVA</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>"/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>"/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>17 - 11 - 11</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/ - 11 - 13</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>_____</u>

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore
(firma)
Rossi

l'Amministrazione Contraente
A.S.L. N° 5 - Oristano
"San Martino"
Ente Ospedaliero per la Diagnostica e Medicina Trasfusionale
Direttore
Dr. Paolo Casula

**Servizio Ingegneria Clinica****PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI**

Il sottoscritto <u>ROSSI CLAUDIO</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>AHSI</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. BBR 850 R numero di serie A 63407 numero di installazione 00003496

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2012</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/ - 11 - 2013</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>ESULTO DURANTE MANUTEN. PREV</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>--</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>--</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>17-11-11</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/ 11 - 2013</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore
(firma)

ROSSI

l'Amministrazione ~~Contraente~~ **A.S.L. n. 5 - Oristano**
(timbro e firma) **P.O. "San Martino"**
Ematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore
Dr. Paolo Casula

[Firma]



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	ROSSI CLAUDIO
In qualità di Responsabile del Servizio di	ASSISTENZA TECNICA AUTORIZZATA.
DELEGATO	

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di ANGELANTON: FALGOMETECA D113953 NAT. ABBLO al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: CLAUDIO ROSSI

Docente del Corso	CLAUDIO ROSSI
In qualità di	TECNICO
della Ditta	AHSE ELETTRONICA PROFESSIONALE CAGLIARI

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta AHSE (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria n. 3 - Oristano
P.O. "San Martino"
Immunematologia e Medicina Trasfusionale
Direttore
Dr. Paolo Casula



**Elektronika
Bio Mediale srl**
a company of TBS Group

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente: ASL 5 ORISTANO

18671/CO
Data 01.12.11

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 464 del 25-08-2011 la ASL 5 ORISTANO, ha affidato alla Ditta AHSI SPA la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>0000350</u>	<u>ANGELANTONI</u>	<u>CONGELATORE RAPIDO x SACCHE</u>	<u>PLASMAFROST 3</u>	<u>A63406</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO IMMUNOLOGIA e TRASFUSIONE presso la Struttura: P.O. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 16.11.2011 con bolla nr. 4324 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 01.12.2011 presso SIET - LABORATORIO sono convenuti i signor

C. ROSSI Incaricato DITTA AHSI
R. SECHI Incaricato ING. CLINICA
DR. CASOLA Incaricato ASL ORISTANO
 Incaricato _____

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- sono regolarmente funzionanti;
- sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note A COMPLETAMENTO DEL VERBALE N° 18668

letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl ATI EP/ [Signature]
 Il Consegnatario del bene _____
 Il referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Il Responsabile della ditta fornitrice [Signature]

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



ELETTRONICA BIO MEDICALE srl
Via F. Bettini, 13 - 06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661 - Fax 0742/326632
www.ebm.it - info@ebm.it

a company of

Cliente:

ASL-5 ORISTANO

N° 3072/CA

Data 01/12/2011

VERBALE DI PRESA IN CARICO DEI BENI MOBILI

N° inventario	Classe / Tipo	Costruttore	Modello	Matricola
00003500	CONGELATORE RAPIDO * BACCHE	ANGELANTONI	PLASNAFROST 3	A63406

Da assegn. alla Struttura PO. SAN MARTINO all' U.O./SERVIZIO IMMUNOL. E TRASF. Ubic. stanza cod. Dep. 1018

Provenienti da: Delibera n° 464 del 25-08-11
 Ordine n° BI-2011-96 del 18-10-11
 DDT n° 4324 del 14-11-2011
 FATTURA n° _____ del _____

TITOLO
DI
POSSESSO

PROPRIETA'
 AFFITTO
 COMODATO D'USO

LEASING
 SERVICE
 DONAZIONE

VISIONE
 PROP. ALTRI ENTI

Il Responsabile delegato
Servizio Ingegneria Clinica

EP.

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano
 TIMBRO e FIRMA DEL PO. San Martino
 (Cattedra di Igiene e Medicina Trasfusionale)
 Direttore
 Dr. Paolo Casula

Nome in stampatello leggibile (resp. U.O./SERVIZIO)

DOT. CASULA M



SERVICE
800-220640

VERBALE DI INSTALLAZIONE E COLLAUDO N° C 29178

CLIENTE: ASL 5 ORISTANO APPARECCHIATURA TIPO: CONGELATORE RAPIDO
 REPARTO: IMMUNOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE MODELLO: PLASMAFROST
 INDIRIZZO: CP OSPEDALE S' MARTINO MATRICOLA: A63406
 LOCALITÀ: ORISTANO ACCESSORI: REGISTRATORE GRAFICO
 TEL.: 338/744430 FAX _____ CHIAMATA N° 14627 DEL 03/11/2011
 E-MAIL: _____ D.D.T. N°: 4324 DEL 16.11.2011

PROCEDURA DI INSTALLAZIONE ED AVVIAMENTO

SERVIZI TECNICI	FUNZIONAMENTO	TRAINING
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA IDONEITÀ LOCALE <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA CONDIZIONI AMBIENTALI <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA LINEA DI ALIMENTAZIONE <input type="checkbox"/> VERIFICA LINEA GAS TECNICI	<input type="checkbox"/> LIVELLAMENTO E FISSAGGIO (SE PREVISTI) <input checked="" type="checkbox"/> ACCENSIONE <input checked="" type="checkbox"/> PREDISPOSIZIONE PARAMETRI DI LAVORO E DI ALLARME <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA FUNZIONALITÀ GENERALE	<input checked="" type="checkbox"/> CORSO DI FORMAZIONE PER GLI UTILIZZATORI <input checked="" type="checkbox"/> BREVE CORSO DI FORMAZIONE PER LA MANUTENZIONE ORDINARIA

IN DATA ODIERNA SI È PROVVEDUTO ALL'INSTALLAZIONE ED AL COLLAUDO DELL'APPARECCHIATURA CON IL SEGUENTE ESITO FINALE:

RISPONDENZA ALL'ORDINE	<input checked="" type="checkbox"/> CONFORME	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
PROVE DI FUNZIONAMENTO	<input checked="" type="checkbox"/> CONFORME	<input type="checkbox"/> NON CONFORME
MANUALE OPERATIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE
DICHIARAZIONE DI CONFORMITÀ	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> NON PRESENTE

GARANZIA

LA GARANZIA, INTEGRALE PER RICAMBI E MANODOPERA, È VALEVOLE A PARTIRE DALLA DATA DI CONSEGNA DELL'APPARECCHIATURA, SALVO DIVERSI ACCORDI SCRITTI. TALE SERVIZIO DECADE QUALORA ALL'APPARECCHIATURA SIANO STATE APPORTATE MODIFICHE, MANOMISSIONI O COMUNQUE ESEGUITE RIPARAZIONI DA PARTE DI PERSONALE NON AUTORIZZATO DA AHSI. LA GARANZIA DECADE, INOLTRE, IN CASO DI USO IMPROPRIO DELL'APPARECCHIATURA, INSTALLAZIONE IN LUOGO NON IDONEO, IMPIEGO DI RICAMBI NON ORIGINALI, MANCANZA DEL COLLEGAMENTO DI TERRA DELL'IMPIANTO ELETTRICO O FUNZIONAMENTO DIFETTOSO DELLO STESSO. DALLA GARANZIA SONO INOLTRE ESCLUSI I MATERIALI DI CONSUMO FORNITI CON L'APPARECCHIATURA STESSA.

OS SERVAZIONI: NON È STATO POSSIBILE INSTALLARE IL REGISTRATORE GRAFICO.

DATA 01/12/2011

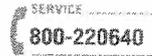
DOCT. CASQUA
 NOME DEL CLIENTE (STAMPATELLO)
 Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano
 P.O. "San Martino"
 Immunematologia e Medicina Trasfusionale
 Direttore

TIMBRO E FIRMA DEL CLIENTE
Dr. Paolo Casula

COD. TECNICO
148

C. ROSSI
 NOME DEL TECNICO (STAMPATELLO)

FIRMA DEL TECNICO



**VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA
 DISPOSITIVI MEDICI IN CLASSE I**

Data : 01/12/2011	Allegato al VIT n°: VIC 29178
Costruttore : ANGELANTON.	Modello Apparecchiatura: PLASHAFROST. 3/230V
Matricola : A63406	Numero verifica: /
Normativa di riferimento: CEI EN 60601-1 Maggio 2007 Edizione 3	

<input checked="" type="checkbox"/>	1.	Continuità del conduttore di protezione verifica visiva	
<input checked="" type="checkbox"/>	2.	Involucro e parti meccaniche verifica visiva	
<input checked="" type="checkbox"/>	3.	Parti isolate verifica visiva	
<input checked="" type="checkbox"/>	4.	Connettori di uscita incluse le spine verifica visiva	
<input checked="" type="checkbox"/>	5.	Contrassegni verifica visiva	
<input type="checkbox"/>	6.	Continuità conduttore di protezione verifica strumentale	Valore limite: 0,200 Ω Valore misurato: 0,031
<input type="checkbox"/>	7.	Resistenza di isolamento verifica strumentale	Valore limite: 0,500 MΩ Valore misurato: ∞
<input type="checkbox"/>	8.	Corrente di dispersione nell'involucro NC condizioni normali verifica strumentale	Valore limite: 5 mA Valore misurato: 0
<input type="checkbox"/>	9.	Corrente di dispersione nell'involucro SFC condizione di guasto singolo verifica strumentale	Valore limite: 10 mA Valore misurato: 0,028

STRUMENTO DI MISURA UTILIZZATO: FLUKE CAS000184

CERTIFICATO DI TARATURA N°: 044-M-0108 21-02-12

L'apparecchiatura è stata controllata secondo la procedura sopra descritta in accordo alle modalità ed ai parametri tecnici indicati dal Manuale Operativo .

ESITO POSITIVO

ESITO NEGATIVO

X

Firma del Cliente	Firma del Tecnico AHSI
 Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano P.O. "San Martino" Imaging Diagnostica e Medicina Trasfusionale Direttore Dr. Paolo Casula	



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	ROSSI CLAUDIO
In qualità di Responsabile del Servizio di	ASSISTENZA TECNICA AUTORIZZATA
DELEGATO	

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di PLASMAFROST 3 al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da: CLAUDIO ROSSI

Docente del Corso	CLAUDIO ROSSI
In qualità di	TECNICO
della Ditta	ELETTRONICA PROFESSIONALE

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date:

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta AHSI (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Azienda Sanitaria n. 5 - Oristano
P.O. "San Martino"
Immunematologia e Medicina Trasfusionale



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto ROSSI CLAUDIO	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta AHSI	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. PLASMAFROST. numero di serie A 63406 numero di installazione 00003500

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/ - 12 - 2012
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/ - 12 - 2013
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	/
CONTROLLO FUNZIONALE	SVOLTA DURANTE MANUTENZIONE PREV
CONTROLLO FUNZIONALE	
CONTROLLO FUNZIONALE	
Verifica di sicurezza elettrica	12-11
Verifica di sicurezza elettrica	12-2013
Verifica di sicurezza elettrica	

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

AHSI SPA
 Z.F. E P. IVA 02481080964 REGISTRO IMPRESE MB 02481080964 REA MB 1469293
 REGISTRO A E E IT08020000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.
 SOCIETA' SOGGETTA ALL'ATTIVITA' DI DIREZIONE E COORDINAMENTO
 DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO
SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA
 VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 20881 BERNAREGGIO MB
 TEL 039 6827 1 FAX 039.6827 400
 WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT



DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.P.R. 14 AGOSTO 1996, N. 472)

DESTINAZIONE DELLA MERCE	
AZIENDA U.S.L. N.5 OSPEDALE SAN MARTINO	
VIA ROCKFELLER	
09170 ORISTANO	OR

NUMERO	4324	DATA	*31/10/11	PAG
MAGAZZINO DI PARTENZA				
VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 BERNAREGGIO MI				
MERCE DA FATTURARE A 008525				
AZIENDA U.S.L.NR 5				
VIA CARDUCCI, 35				
09170 ORISTANO		OR		

CAUSALE DEL TRASPORTO VENDITA

MEZZO DI SPEDIZIONE VETTORE

RESA MERCE PORTO FRANCO

TRASPORTO A CURA

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE DEI BENI (NATURA - QUALITA)	U.M.	QUANTITA
A13277	Rif. BI-2011-96 del 18/10/11 11-04-001154 *31/08/11 DELIBERAZIONE N.464 DEL 25/08/11 VS.PROT. N.57133/FB DEL 31/08/11 POS.N.2 CIG.1576379519 PLATINUM 370 SH CONGELATORE ORIZZONTALE (DM REP. 276612/R) Matricola n. A63405	N.	1
CCO02080000	GUANTI CRIOGENICI PROTETTIVI PER CRIOGENIA T.M	N.	1
51025411	POS.3 CIG.157646299 MSC-ADVANTAGE 12, 230V, 50HZ CAPP A FLUSSO LAMINARE Matricola n. 41240724	N.	1
B20081	SUPPORTO DA PAVIMENTO FISSO BI MM. 820 H, PER ADVANTAGE 12	N.	1
51900912	LAMPADA UV (INSTALLAZIONE DIRET C/O THERMO)	N.	1
20246	RUBINETTO PER ARIA COMPRESSA 3/ TIPO LUNGO, PARETE LATERALE CREVOLA	N.	1
20039	RUBINETTO PER VUOTO 3/8" TIPO LUNGO, PARETE LATERALE CREVOLA	N.	1

** SEGUE **

ATTENZIONE: DISIMBALLARE E VERIFICARE INTEGRITA' MERCE CONSEGNATA. SE DANNEGGIATA, APPORRE RISERVA SUL D.D.T. E TRASMETTERNE SUBITO COPIA AL FAX N°039.6827.400. NON SI ACCETTANO RECLAMI TRASCORSI 3 GG. LAVORATIVI DALLA CONSEGNA

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	N. COLLI	PESO KG.	FIRMA CONDUCENTE
INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA			FIRMA VETTORE
DATA	ORA		
VETTORI	DITTA - RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N. CIVICO)		FIRMA DESTINATARIO
	DATA E ORA DEL RITIRO		
VARIAZIONE DELLA DESTINAZIONE			

HSI SPA

C.F. E P. IVA 02481080964 REGISTRO IMPRESE MB 02481080964 REA MB 1469293
 REGISTRO A E E. IT08020000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.
 SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO
 DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO
SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA
 VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 20881 BERNAREGGIO MB
 TEL 039.6827.1 FAX 039.6827.400



WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT

DOCUMENTO DI TRASPORTO
 (D.P.R. 14 AGOSTO 1996, N. 472)

NUMERO	4324	DATA	*31/10/11	PAG	:
--------	------	------	-----------	-----	---

MAGAZZINO DI PARTENZA
 VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 BERNAREGGIO MI

MERCE DA FATTURARE A 008525
 AZIENDA U.S.L. NR 5

VIA CARDUCCI, 35

09170 ORISTANO OR 09170 ORISTANO OR

DESTINAZIONE DELLA MERCE
 AZIENDA U.S.L. N.5
 OSPEDALE SAN MARTINO

 VIA ROCKFELLER

 09170 ORISTANO OR

CAUSALE DEL TRASPORTO
 VENDITA

MEZZO DI SPEDIZIONE
 VETTORE

RESA MERCE
 PORTO FRANCO

TRASPORTO A CURA

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE DEI BENI (NATURA - QUALITÀ)	U.M.	QUANTITÀ
A13274	POS.N.5 CIG. 157721897S PLASMAFROST 3 (230V) CONGELATOR RAPIDO (DM REP. 275252/R) Matricola n. A63406	N.	1
040R10	REGISTRATORE GRAFICO -90/-30 ° DISCO SETTIMANALE	M-24 N.	1
976VPR	VERSIONE PORTATILE REGISTRATORE -VP	M-24 N.	1
CCO02080000	GUANTI CRIOGENICI PROTETTIVI PER CRIOGENIA T.M	N.	3
A13526	POS.N.6 CIG. 1577S4467C BBR 850 B FRIGIEMOTECA (DM 3952 Matricola n. A63407 GARANZIA: 24 MESI FULL RISK NOTE PER IL CORRIERE: CONSEGNARE PRESSO U.O.C. IMMUNOEMA- TOLOGIA E MEDICINA TRASFUSIONALE	N.	1

** SEGUE **

ATTENZIONE: DISIMBALLARE E VERIFICARE INTEGRITÀ MERCE CONSEGNATA. SE DANNEGGIATA, APPORRE RISERVA SUL D.D.T. E TRASMETTERNE SUBITO COPIA AL FAX N°039.6827.400. NON SI ACCETTANO RECLAMI TRASCORSI 3 GG. LAVORATIVI DALLA CONSEGNA

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	N. COLLI	PESO KG.	FIRMA CONDUCENTE
INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA			
DATA	ORA		
VETTORI	DITTA - RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N. CIVICO)	DATA E ORA DEL RITIRO	FIRMA VETTORE
	VARIAZIONE DELLA DESTINAZIONE		FIRMA DESTINATARIO

14

ISI SPA

S.P.A. E P. IVA 02481080964 REGISTRO IMPRESE MB 02481080964 REA MB 1469293
 REGISTRO A E E. IT08020000003524 CAPITALE SOCIALE € 3.200.000,00 I.V.
 SOCIETÀ SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO
 DELLA ABLE SPA CON SEDE IN MILANO

SEDE LEGALE E AMMINISTRATIVA
 VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 20881 BERNAREGGIO MB
 TEL 039 6827.1 FAX 039 6827.400

WWW.AHSI.IT INFO@AHSI.IT AHSI@PEC.IT

VITTO ARRIVARE



DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.P.R. 14 AGOSTO 1996, N. 472)

DESTINAZIONE DELLA MERCE	
AZIENDA U.S.L. N.5	
OSPEDALE SAN MARTINO	
VIA ROCKFELLER	
09170 ORISTANO	OR

NUMERO	4324	DATA	*31/10/11	PA
MAGAZZINO DI PARTENZA				
VIALE DELLE INDUSTRIE, 33 BERNAREGGIO MI				
MERCE DA FATTURARE A 008525				
AZIENDA U.S.L.NR 5				
VIA CARDUCCI, 35				
09170 ORISTANO				OR

CAUSALE DEL TRASPORTO	VENDITA
-----------------------	---------

MEZZO DI SPEDIZIONE	VETTORE
---------------------	---------

RESA MERCE	PORTO FRANCO
------------	--------------

TRASPORTO A CURA	
------------------	--

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE DEI BENI (NATURA - QUALITÀ)	U.M.	QUANTITÀ
	DEL P.O. S.MARTINO PREVIO ACCORDI TELEFONIC CON IL CASULA T.338/744430-0783/317235 DISIMBALLARE E POSIZIONARE LE APPARECCHIATURE-RITIRARE IMBALLI 01 IL COLLAUDO VIENE EFFETTUATO ALLE SEGUENTI CONDIZIONI: ----- - ENTRO 15 GIORNI DALLA CONSEGNA CON NOSTRO PREAVVISO. - SE, PER CAUSE A NOI NON IMPUTABILI, NON FOSSE EFFET- TUATO ENTRO TALE TERMINE, IL PAGAMENTO DECORRERA' COMUNQUE DALLA DATA DI FATTURA. - SE PER CAUSE A NOI NON IMPUTABILI, NON FOSSE EFFET- TUATO NEL GIORNO STABILITO, L'ULTERIORE USCITA DEL TECNICO, SE RICHIESTA, SARA' ADDEBITATA A TARIFFE IN VIGORE.		

ATTENZIONE: DISIMBALLARE E VERIFICARE INTEGRITÀ MERCE CONSEGNA. SE DANNEGGIATA, APPORRE RISERVA SUL D.D.T. E TRASMETTERNE SUBITO COPIA AL FAX N°039.6827.400. NON SI ACCETTANO RECLAMI TRASCORSI 3 GG. LAVORATIVI DALLA CONSEGNA

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI		N. COLLI	PESO KG.	FIRMA CONDUCENTE
A VISTA <i>Car + scatola</i>		6	1.402,00	
INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA				
DATA		ORA		
VETTORI	DITTA - RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N. CIVICO)		DATA E ORA DEL RITIRO	
	LEVANTINO TRASPORTI TEL.0916302577 VIA BELLINZAGHI, 11 MILANO MI 20159 ALBO MI/0884504/Y PI 04257820961		06/11/11 16:39	
VARIAZIONE DELLA DESTINAZIONE				FIRMA DESTINATARIO

Esercizio : 2012
Stampato il 30/01/2012

VERBALE DI PRESA IN CARICO

Movimento definitivo: UPZ5 - 2011 - 560 **del:** 17/11/2011
Descrizione: carico cespiti da ricevimento
Delibera: 464 **del:** 25/08/2011

Descrizione dei cespiti

Centro di Consegna: 5AAE0202A0800 - U.O. IMMUNOL. E TRASFUSIONE Comp. Comuni
Localizzazione: UASL5OR001 - OSP-SAN MARTINO ORISTANO

Ordine: BI/2011/96

Movimento: M23/2011/3983

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/44225	79190 - CONGELATORE RAPIDO#	051301 - Attrezzature sanitarie e scientifiche	AHSI SPA	1-ACQUISTO	26 329,60

Matricola: A63406

Note: CODICE A13274 PLASMAFROST 3 completo di:
cod.A11352 registratore grafico
cod.CCO0208000 n.3 guanti criogenia T.M.
PROGETTO CENTRI TRASFUSIONALI

Ordine: BI/2011/96

Movimento: M23/2011/3986

Cespiti	Prodotto	Classe Merceologica	Ditta Fornitrice	Provenienza	Prezzo Storico
Z51/44222	846158 - CAPPА BIOLOGICA -CBI	051202 - Macchinari	AHSI SPA	1-ACQUISTO	7 010,74

Matricola: 41240724

Note: COD.51025411 MSC-ADVANTAGE 12 completa di:
cod.B20081 supporto da pavimento
cod.51900912 lampada UV
cod.20246 rubinetto per aria compressa
cod.20039 rubinetto per vuoto
PROGETTO CENTRI TRASFUSIONALI

Z51/44223	89377 - FRIGOEMOTECA -FRE	051202 - Macchinari	AHSI SPA	1-ACQUISTO	5 144,92
-----------	---------------------------	---------------------	----------	------------	----------

Matricola: A63407

Note: CODICE A1326 BBR 850/B
PROGETTO CENTRI TRASFUSIONALI

Z51/44224	88306 - CONGELATORE ORIZZONTALE	051202 - Macchinari	AHSI SPA	1-ACQUISTO	6 673,63
-----------	---------------------------------	---------------------	----------	------------	----------

Matricola: 63405

Note: codice A13277 PLATINUM 370 SH completo di n.3 guanti per criogenia T.M. cod.CCO0208000 (COSTO UNITARIO €165,00)
PROGETTO CENTRI TRASFUSIONALI

Cespiti: 4 **Totale CdC:** 45 158,89

Alligato n° 3 alla determinazione
Serv. Provoc. n. 111 del
Composto di n° 1 fogli