

10 Prot/Ris 12

ALL. A



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

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: _____ Ora: _____

Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.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 *	
ospedale	Risultazione	Piano Terra Rd diologia TAC	
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *	
1410	IV 19917	VENTILATORE MECCANICO POLTRONARE IUNTI 201	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
	MEDIGAS 33477	SI	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *		SI	
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:*			
Non Rileva la percentuale di O2			

Referente di Struttura Organizzativa:*

Sig. Dr. Puleddu

Tel. 0783/317244

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

DESCRIZIONE
GUASTO

CONTATTARE LA DITTA MEDIGAS
ALL'ACCENSIONE COMPARE A MONITOR
UN AVVISO TECNICO "BATTERIA SCONNESSA
O DANEGGIATA"

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

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0007024

Oristano li, 27/01/2012

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

Fax 0785 73295

Fax 0785 73298

Spett.le Ditta MEDIGAS ITALIA
Zona Ind. Loc. Tossillo
08015 Macomer

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Rianimazione del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Ventilatore meccanico polmonare Ivent 201 (piano terra radiologia TAC)	IV 19917	Non rileva la percentuale di O2. All'accensione compare a monitor un avviso tecnico "batteria sconnessa o danneggiata"

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 (0783 3171) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valler 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-

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356

ASL 5 Oristano

Servizio
Ingegneria Clinica

Via Rockefeller snc

09170 Oristano

Fax 0783779102

www.asloristano.itE-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1

A.U.C



MEDIGAS Italia S.r.l.
 I-20090 Assago (MI) - Via Edison, 6
 Tel. +39 02 4881111 - Fax +39 02 4881150
 www.medigas.it
 Capitale Sociale € 4.000.000 int. vers.
 Reg. Imprese Milano N. 02466440167
 REA Milano 1302123
 C. F. 02466440167 - P. IVA 11861240155

PREVENTIVO n. 2012/LC/68

800.210911

Spett.le
 AZIENDA U.S.L. 5 ORISTANO
 VIA CARDUCCI, 35
 09170 - ORISTANO (OR)

Assago, 02/02/2012

c.a.:
 SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

Fax: 0783/779102
 Tel.: 0783/73295

A seguito della VS richiesta di intervento tecnico VS RIF.PROT.N.0007024 DEL 27/01/2012
 Formuliamo, di seguito, Preventivo relativo alla riparazione dell'apparecchiatura di Vs. proprietà.

Modello apparecchiatura	VENTILATORE VERSAMED MOD. IVENT201 IC+AB		
Matricola Medigas	129010199	S/N:	IV19917
Ubicazione Apparecchiatura	M23 MAG. CONS.DIRETTE		

Descrizione Intervento:	Controllo stato funzionamento dispositivo. Sostituzione parti risultate guaste. Prove finali di buon funzionamento, verifica della corrispondenza delle performance dello strumento rispetto a quanto dichiarato dal costruttore.
-------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Codice	Descrizione materiale sostituito/fornito	Qtà	Totale
124900005	ASSIEME BATTERIA INTERNA VENT. MOD. IVENT201	1	€ 160,00
124900028	CELLA OSSIGENO MAXI 6 PER VENTILATORE VERSAMED IVENT201	1	€ 150,00

Tariffe Assistenza Tecnica	Importo Unitario	Qtà	Totale
ORE LAVORO	€ 100,00	3,00	€ 300,00
ORE TRASFERITA	€ 100,00	2,00	€ 200,00

TOTALE COMPLESSIVO (I.V.A. esclusa)	€ 810,00
--------------------------------------------	-----------------

Condizioni Generali di fornitura:

Validità preventivo : 30 gg
 I.V.A.: a Vs. carico nella misura prevista dalla Legge
 Garanzia sulla riparazione : 3 mesi
 Pagamento : BONIFICO BANCARIO 90 GG. FM

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

Per qualsiasi informazione e/o chiarimento è a Vs. disposizione il ns. Servizio di Assistenza Tecnica ai seguenti recapiti:
 Tel: 02- 488.811.70 - 72 - 73 /Fax: 02- 488.811.71

In attesa di un Vs. riscontro, ci è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

Per accettazione

MEDIGAS ITALIA S.r.l.
 Responsabile Assistenza Tecnica
 Sig. Mauro Beati

Rev. 0 01/02/09



**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

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

Unità Operativa richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 21%	Preventivo IVA inclusa
U.O. Rianimazione Presidio Ospedaliero San Martino di Oristano	5AAE0202A1800	Ventilatore meccanico polmonare Ivent 201	Ditta Medigas Italia con sede a Macomer	02.02.2012	810,00	170,10	980,10

160,00
150,00
300,00
200,00
810,00