



Allegato A) alla Determinazione
del Direttore del SIC n.
del _____

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 *		
GHILARZA	D.S. SERVIZIO AMBULANZA			
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
6506001955		DEFIBRILLATORE ESAPOL M DF II		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrica (se conosciuta)	Proprietà *		
	T. B. M.	(Azienda/Service/Altri)		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
Telefono/Fax * 0785.560268		X		
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NO				
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * SI				
Descrizione del Malfunzionamento: * Il defibrillatore staccato dalle prese delle corrente elettrica non funziona				

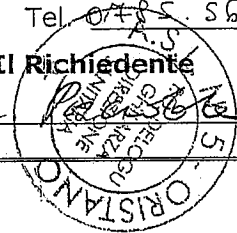
Referente di Struttura
Organizzativa:*

Sig. _____

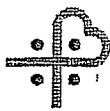
Tel. 0785.560268

Il Richiedente

Carule



Parte riservata al Ricevente



Servizio Ingegneria Clinica

Prot. 0062965

*Addepo B) alla Direzione
del Servizio del SIRM - del
Oristano li, 03/10/2012*

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

Fax 070/561120

Tel 070/560601

Spett.le Ditta T.B.M. s.a.s.
Via Zuddas, 13
09042 MONSERRATO (CA)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione al D.S. Servizio Ambulanza del Presidio Ospedaliero Delogu di Ghilarza.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Defibrillatore ESAOTE modello MDF II	44799	Il Defibrillatore staccato dalla presa della corrente elettrica non funziona.

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

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

Rag. Salvatore Seoni
0783 317356

ASL 5 Oristano

Servizio
Ingegneria Clinica

Via Rockefeller snc
09170 Oristano
Fax 0783779102

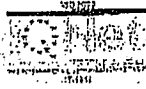
www.asloristano.it
E-mail: ingegneriaclinica@asl.oristano.it

Pag. 1 di 1

TBM

S.A.S.

di G. PUTZULU & C.

*Allegato (c) alla Determinazione del Direttore del S.C. n. del*

Monserrato, 10 Ottobre 2012

Ns.rif.: P12214

Spett.le Azienda
U.S.L. n° 5
Via Carducci n° 35
09170 ORISTANO (OR)**OGGETTO:** Preventivo come da Vs. richiesta Prot. n° 62965 del 03-10-2012.

In risposta a Vs. richiesta fax in oggetto del 05-10-2012, come in oggetto, di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo sottoporVi ns. miglior preventivo spesa per il ripristino funzionalità del Defibrillatore marca: Esapte, mod.: MDF II, matr.: 44799 in dotazione presso il P.O. di Ghilzarza.

L'IMPORTO PER IL RIPRISTINO FUNZIONALITA' DI CUI SOPRA AMMONTA A EURO: €=720,00= (settecentoventi/00) I.V.A. 21% ESCLUSA COSI' DETERMINATO:

- N° 01	Ora lavoro	€	120,00
- N° 01	Rimborso forfetario spese trasferim.	€	120,00
- N° 01	Pacco batterie ricaricabili	€	440,00 OK
- N° 01	Verifica sicurezza 62.5	€	40,00
-	Ore viaggio	€	---
-	Rimborso chilometrico	€	---
-	Spese trasferta	€	---
-	Spese preventivo	€	---
-	Costo sopralluogo preliminare	€	---
	TOTALE COMPLESSIVO	€	720,00

N.B.: Nel caso riteniate non necessaria la Verifica di Sicurezza Elettrica, Vi preghiamo di eliminare dal presente preventivo il costo relativo.

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

nel MePA la batteria costa 10€ in più come da prospetto allegato precedente

TBM s.a.s.
Giancarlo Putzulu

10.10.12

Allegato B) ovale Allegato Modulo
del Modulo del SIE on --- del ---

SCHEMA DESCRIZIONE

Immagine non disponibile

Fornitore: ESADOTE
Acquisti Verdi: -
Marca: SCHILLER
Articolo produttore: 2.200132
Denominazione commerciale: Batteria ricaricabile al litio
Articolo fornitore: 9712580125
Prezzo: 450,00 --- OK
Unita di Misura: Pezzo
Quantita' Vendibile x unita' di misura: 1
Lotto minimo per unita' di misura: 1
Tempo di consegna (giorni): 30
Disponibilita' Minima Garantita: 100
Condizioni di Pagamento: 90 GG DF
Garanzia: 12 mesi
Assistenza: FULL RISK
Descrizione: Apparecchiature elettromedicali
Tipo Contratto: Acquistato
Province di consegna: Tutta Italia
Codice CMD: NO
Numero repertorio DM: NO
Tipologia: Batterie
Dispositivo collegabile (nome/codice): DG5000 9712500821 - ~~9712500822~~ - 9712500823
Proprietà: Accessorio originale
Data ultimo aggiornamento: 2010-12-20 10:10:50.0

INFORMATICA ASSISTENZA AL CLIENTE ASSISTENZA A PRESSIONE SALVA PER IL CLIENTE