



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: 29.11.12 Ora: _____Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@aslristano.itIl 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 *
POLIAMBULATORIO DI ORISTANO VIA MICHELE PIRA 42		3° PIANO ODONTOIATRIA 3

N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *
		RIVUNITO ODONTOIATRIA 3 (DOTT PISANU DOTT ^{SE} MELONI)

Codifica CIVAB	Ditta Manutentrici (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)
		SI

Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *		SI	

Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NOL'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * NODescrizione del Malfunzionamento: * IL RIVUNITO NON
ASPIRA DI CONSEGUENZA NON SI ESEGUONO
LE PRESTAZIONIReferente di Struttura Sig. X AIZA MILEVA Tel. 0783 317514 / 7510
Organizzativa: * (SARAI GIOVANNA) Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

CONTATTARE LA DITTA:
HENRY SCHEIN KRUGG
FILIALE DI SASSARA03/12/12



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

Richieste n°: _____ Data: 26.11.2012 Ora: _____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 *
ORISTANO	POLIAMBULATORIO	ODONTOIATRIA 2 3 PIANO
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *
00001974 76050596	20629	AIPA RECCHIO RADIOGRAFICO X ENDRAM NON IMPRIME BENE LA PELLICOLA MODELLO PARTNER 70
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà *
	ANTHOS CEFLA GROUP	(Azienda/Service/Altri) X
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *
Telefono/Fax *		X
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		
NO		
Descrizione del Malfunzionamento:*		
NON IMPRIME BENE LA PELLICOLA		

Referente di Struttura
Organizzativa:*Sig. DOTT^{SE} PEDDIOTel. 0783 317510

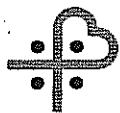
Il Richiedente

Nuoblo

Parte riservata al Ricevente

CONTATTARE LA DITTA
HENRY SCHEIN KAWAS
- SASSARI -

JP 31/11/12

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0078466

Oristano lì, 03/12/2012

OGGETTO: Richiesta urgente preventivo di spesa per intervento tecnico.

Fax 079 298852

Spett.le Ditta Henry Schein Krugg
Via Gorizia n° 40
09100 Sassari

Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'ambulatorio di odontoiatria 3 del poliambulatorio di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Riunito Odontoiatria 3	20624	Il riunito non aspira, di conseguenza non si eseguono le prestazioni.

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 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.

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



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
 -Ing. Marcello Serra-

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc
 09170 Oristano

Servizio Ingegneria Clinica

Fax 0783779102
www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Pag. 1 di 1

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0078465

Oristano lì, 03/12/2012

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

Fax 079 298852

Spett.le Ditta Henry Schein Krugg
Via Gorizia n° 40
09100 Sassari

Si richiede **urgentemente** un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'ambulatorio di odontoiatria 2 del poliambulatorio di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Apparecchio Radiografico per Endorah - mod. Partener70.	20624	Non imprime bene la pellicola.

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 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.

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

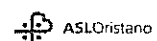


IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
 -Ing. Marcello Serra-

ASL 5 Oristano

Servizio Ingegneria Clinica

Via Rockefeller snc
 09170 Oristano
 Fax 0783779102
www.asloristano.it

E-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

Sede operativa attrezzature
Via Saragat 5/7
40026 Imola (BO)
Tel. 800 011423
Fax 0542.880125
info@henryschein.it

Assistenza tecnica
Tel. 800 928860
Fax 0542.880124
service@henryschein.it

www.henryschein.it

Spett.le
ASL 5 Oristano
Servizio di Ingegneria Clinica
Via Rockefeller snc
09170 – Oristano – OR

Sassari, 13 dicembre 2012

Vs.rif. Prot .0078465/0078466 del 03/12/2012

Oggetto: Preventivo per intervento di assistenza tecnica

♦ In data 04 dicembre 2012 abbiamo effettuato il sopralluogo presso il Poliambulatorio di Via M.Pira, riscontrando i seguenti malfunzionamenti:

- AMBULATORIO 2 – RIF.0078465 – Radiografico Partner 70 matr.76050596 centralina/matr.20624 testata effettuata misurazione emissione raggi: funzionamento regolare – è necessaria la regolazione del registro tensione braccio pantografo.
- AMBULATORIO 3 – RIF.0078466 – Riunito Anthos Eco matr.71511234 – anno 1998 – Verifica impianto di aspirazione: è necessaria la sostituzione del separatore di amalgama Metasys

COD.ART.	DESCRIZIONE	QUANT.	PREZZO UNIT.	TOTALE
IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	2	€ 65,00	€ 130,00
HM	ORE DI VIAGGIO	1	€ 50,00	€ 50,00
CONS	CHILOMETRI	200	€ 0,80	€ 160,00
	sopralluogo e verifica malfunzionamenti AMBULATORI 2/3		IMPONIBILE	€ 340,00
			IVA 21%	€ 71,40
			TOTALE	€ 411,40

IAT	INTERVENTO DI ASSISTENZA TECNICA	2	€ 65,00	€ 130,00
HM	ORE DI VIAGGIO	1	€ 50,00	€ 50,00
CONS	CHILOMETRI	200	€ 0,80	€ 160,00
461233	MULTYSISTEM TYP 1 - MST1	1	€ 1.680,00	€ 1.680,00
	regolazione registro braccio pantografo - AMB. 2		IMPONIBILE	€ 2.020,00
	sostituzione separatore di amalgama MST1 - AMB.3		IVA 21%	€ 424,20
			TOTALE	€ 2.444,20

La garanzia è di 6 mesi sui componenti sostituiti. In caso di mancata accettazione del preventivo, verrà addebitato il sopralluogo come da prospetto.

Restando in attesa di Vostra conferma, porgiamo cordiali saluti.

Dario Deidda
 Filiale di Sassari
 Henry Schein Krugg Spa
 Tel. + 39 079 298852 – Fax + 39 079 298852
dario.deidda@henryschein.it

Sistema Sanitario Regione Sardegna
 Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
 Servizio Ingegneria Clinica
 Ass. Tec. *Walter 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
Poliambulatorio di Oristano	Q0205	Riunifo Anthos	Ditta Henry Schein con sede in Sassari	06/09/2012	340,00	71,40	411,40
Poliambulatorio di Oristano	Q0205	Riunifo Anthos	Ditta Henry Schein con sede in Sassari	06/09/2012	2.020,00	424,20	2.444,20
					2.360,00	495,60	2.855,60

130,00	130,00
50,00	50,00
160,00	160,00
	1.680,00
340,00	2.020,00