

Prot n° 13 / R.I.A 2013

Prot 5016



ASL Oristano

AZIENDA SANITARIA LOCALE N°5

Mod. SO-4.a

DESCRIZIONE: Richiesta di intervento per manutenzione correttiva su dispositivi elettromedicali  
Procedure per l'Accreditamento nella Gestione delle Tecnologie Sanitarie  
Parte 4: Manutenzione Correttiva  
PG 4.01 e PO 4.01

Richiesta n°: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

Trasmettere via Fax al seguente numero: **0783-779102**

|  |  |   |                |
|--|--|---|----------------|
| Presidio<br><i>Ospedale</i>                                | Struttura Organizzativa<br><i>RIANIMAZIONE</i> | Edificio - Piano - Stanza<br><i>I° P</i>                        |                |
| N° Inventario<br><i>1069</i>                               | Matricola<br><i>0311HC0213</i>                 | Descrizione apparecchiatura<br><i>UMIDIFICATORE DAR HC 2000</i> |                |
| Codifica CIVAB   | Ditta Manutentrice<br><i>TYCO/COVISEN</i>      | Proprietà (Azienda/Service/Altri)                               |                |
| Persona, di reparto, da contattare - Telefono/Fax          | Garanzia                                       | Urgente<br><i>X</i>   | Fermo Macchina |
| Descrizione del Malfunzionamento:<br><i>Resistenza tub</i> |  |   |                |

Referente di Struttura Organizzativa:

Sig. *CALEAN*

Tel.

*0783 317243*

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

|            |  |  |
|------------|--|--|
| N° Pratica |  |  |
|------------|--|--|

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. n. 5016

Oristano lì, 21 Gennaio 2013

**OGGETTO:** Richiesta di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 02 /70317284  
TEL 02/70308131**Spett.le Ditta Covidien Italia**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all' U.O. di Anestesia Rianimazione del P.O. San Martino di Oristano.

| Tipo apparecchiatura                              | N° matricola            | Difetto riscontrato        |
|---|-------------------------|----------------------------|
| UMIDIFICATORE MALLINCKRODT<br>MODELLO DAR HC 2000 | 0311HC0213<br>INV. 1049 | Non funziona correttamente |

L'offerta dovrà pervenire via fax (0783/779102) presso il Servizio di Ingegneria Clinica ubicato al primo piano dell'edificio prefabbricato adiacente al Presidio Ospedaliero "San Martino" di Oristano - **entro brevissimo termine.**

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 l'Unità Operativa (centralino 0783 3171) o con il Servizio di Ingegneria Clinica al seguente numero telefonico 0783 317331.

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 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.

**La Ditta potrà in caso di estrema urgenza, debitamente motivata dal Responsabile della predetta Unità Operativa, eseguire seduta stante, l'intervento tecnico richiesto e, in tal caso, 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](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it) e [salvatore.seoni@asl.oristano.it](mailto:salvatore.seoni@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 dell'Unità Operativa della regolarità dell'intervento.

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.

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 dell'Unità Operativa.**

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

Via Rockefeller snc  
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

[www.asloristano.it](http://www.asloristano.it)E-mail: [ingegneriaclinica@asl.oristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asl.oristano.it)Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Ing. Marcello SerraAssistente Tecnico  
Servizio Ingegneria Clinica  
Valter Piga  
3487914507

ingegneradiviva@asl.oristano.it

Spettabile  
FARMACIA OSPEDALE S. MARTINO  
VIA ROCKFELLER  
09170 ORISTANO (OR) - ITALY  
c.a. SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA



COVIDIEN

Segrate, Giovedì 07/02/2013

Oggetto: Preventivo di spesa per la riparazione Vs. apparecchiatura Umidificatore Mod. HC2000 s/n  
0311HC0213. Riferimento Vs. Prot. N° 5016 del 21/01/2013.

Ns. Preventivo N. 87540/Lab

Anticipata via FAX 0783 77.91.02

| Quantità | Codice       | Descrizione            | Prezzo Unitario | Sc. % | Totale |
|----------|--------------|------------------------|-----------------|-------|--------|
| 2,50     | Ora Lavoro   | Ora Lavoro listino BAS | 130,00          |       | 325,00 |
| 3,00     | Spares       | Varie                  | 50,00           |       | 150,00 |
| Sp1,00   | Disinfezione | Disinfezione           | 30,00           |       | 30,00  |

FA  
VI  
09  
c.a.  
Oggetto:  
Ns. rev.  
Quantità  
2,5  
3  
Sp1,00  
RECAP: 9725 del 22/01/2013  
ATTENZIONE: l'intervento verrà effettuato a seguito accettazione del presente. CMA  
c.a.  
Oggetto:  
Vi invitiamo a farci pervenire esclusivamente l'accettazione del presente Preventivo al fax n. 02 - 70.31.72.84

Totale (IVA esclusa) 505,00

Totale a voi riservato (IVA esclusa) 470,00

Oggetto:

Ns. rev.

Quantità

2,5

3

Sp1,00

RECAP: 9725 del 22/01/2013

ATTENZIONE: l'intervento verrà effettuato a seguito accettazione del presente. CMA

c.a.

Oggetto:

Vi invitiamo a farci pervenire esclusivamente l'accettazione del presente Preventivo al fax n. 02 - 70.31.72.84

**Condizioni di Fornitura**

Tale preventivo rappresenta un'indicazione di spesa. Eventuali variazioni durante la riparazione Vi verranno tempestivamente comunicate. Il codice 'Spares' comprende l'analisi tecnica, la preventivazione e l'imballo.  
IVA: 21% esclusa

Pagamento: Bonifico bancario a 90 giorni D.F.

Validità preventivo: 10 giorni; al termine, in mancanza di V/s notizie, provvederemo alla restituzione dell'apparecchiatura non riparata.

Il nostro Contact Center Assistenza Tecnica (tel. 02-70308131) è a Vostra disposizione per qualsiasi chiarimento dovesse necessitarVi. In attesa di un Vostro gentile riscontro, porgiamo distinti saluti.

Covidien Italia Spa

Stefano Nava

Technical Service Manager Italy

OK  
[Signature]

Pag. 1/1

Covidien Italia S.p.A.

Via Rivoltana, 2/D  
20090 Segrate (MI)  
Italy

Tel. +39 02 70317.1  
Fax +39 02 70317.317  
www.covidien.com

Cap. Soc. Euro 258.500  
R.E.A. di Milano N. 1234987  
C.F.-P. Iva - Iscr. Reg. Impr. MI 08641790152  
Iscr. Reg. Produttori AEE IT08020000002197

Assoggettata all'attività di direzione e coordinamento ai sensi dell'art. 2497 C.C. da parte di Covidien Group S.à.r.l. con sede in Lussemburgo