

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: 05-10-2012 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 * | |
| | BOSA | PIANO TERRA | |
| N° Inventario * | Matricola * | Descrizione apparecchiatura * | |
| 00002386 | | LAMPADA A FESSURA | |
| Codifica CIVAB | Ditta Manutentrice (se conosciuta) | Proprietà * (Azienda/Service/Altri) | |
| | | AZIENDALE | |
| Persona di reparto da contattare * | Garanzia * | Urgente * | Contratto * |
| Telefono/Fax * MARIA LAURA FAIS 339-7353749 | | | |
| Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * NO | | | |
| L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * SI | | | |
| Descrizione del Malfunzionamento: * NON SI ACCENDE LA LAMPADINA | | | |

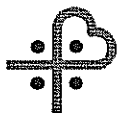
Referente di Struttura
 Organizzativa:*

Sig. MARIA LAURA FAIS Tel. _____

IL DIRETTORE DEL DISTRETTO
Angela Camboni
 DI GHILARZA-BOSA
 D.ssa Angela Camboni

Parte riservata al Ricevente

AB MED

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0063979

Oristano lì, 08/10/2012

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

Fax 070 524022

Tel 070 500011

Spett.le Ditta A.B. MED s.a.s.**Via Legnano, 72****Pirri - Cagliari**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione al Poliambulatorio di Bosa.

| Apparecchiatura | N° matricola | Difetto riscontrato |
|--------------------|--------------|------------------------------|
| Lampada a fessura. | | Non si accende la lampadina. |

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 la Sig.ra M.Laura Fais (339-7353742) - (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.



IL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA

- Ing. Marcello Serra-



II INVIO

Via S. Maria Chiara, 159 - 09134 Pirri - Cagliari
TEL/FAX (070) 524022-500011

| |
|---------------------|
| Inviato a : |
| Asl 5 Oristano |
| Via Rockefeller snc |
| P.O. Mastino - Bosa |
| Rep. Oculistica |

| |
|--|
| Responsabile Assistenza tecnica |
| Nicola Ancis |
| Ufficio ass.tecnica : 070/500011 |
| Cell. : 348/1558225 |

| |
|---|
| Vostro riferimento: |
| Rich. N. <u>63979</u> del <u>08/10/2012</u> |
| Rich. N. del |
| Richiesta n° : |

| |
|--------------------------------|
| Nostro Riferimento : |
| Intervento Tecn. Del: 10/10/12 |
| Numero intervento: 63/2012 |
| Consuntivo spesa N.: 18/2012 |

Consuntivo di Spesa per Intervento Tecnico

| |
|------------------------------------|
| Strumento : |
| lampada a fessura inami s.n. 80069 |

| |
|--|
| |
| |

Elenco Ricambi utilizzati :
 Smontaggio, controllo tensioni, pulizia percorsi ottici, pulizia ottiche esterne, sostituzione lampadina, sostituzione completa del corpo illuminazione superiore, rimontaggio.

| COSTO DEI LAVORI ESEGUITI | |
|---|--|
| ORE DI LAVORO 1 TARIFFA PER 1H € 83,00 | TOTALE ORE LAVORO= € 83,00 SCONTO ORE LAVORO % 0 |
| ORE DI VIAGGIO 4 TARIFFA PER 1 H DI VIAGGIO € 62,00 | TOTALE ORE VIAGGIO= € 248,00 SCONTO ORE VIAGGIO % 0 |
| TRAGITTO IN VIAGGIO A+R (KM); 360 TARIFFA PER 1 KM PERCORSO € 0,31 | TOTALE KM VIAGGIO= € 111,60 |
| | TARATURA E CALIBRAZIONE; € 0,00 |
| | TOTALE RICAMBI UTILIZZATI; € 340,00 |
| | TOTALE RICAMBI UTILIZZATI € 272,00 |
| | INCLUSO SCONTO PARI AL 20% |

| | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| TOTALE LAVORI ESEGUITI : | € 714,60 IVA ESCLUSA |
| TOTALE LAVORI ESEGUITI : | € 150,07 IVA AL 21% |
| TOTALE LAVORI ESEGUITI : | € 864,67 IVA INCLUSA |

A.B.MED s.a.s.
 Via Legnano, 72 – 09134 CAGLIARI – PIRRI
 Tel. e Fax 070 – 524022 Tel. e Fax 070 – 500011
 E-mail: abmed@tiscali.it P. IVA 02077670921

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



Sede legale:
Via Legnano, 72 - 09134 Pirri (CA)
Ufficio Commerciale:
Via S. Maria Chiara, 159 - 09134 Pirri (CA)
Tel./Fax 070.52.40.22 - Tel. 070.50.00.11
Email: abmed@tiscali.it
Piva: 02077670921 - Iscriv. Trib. CA N. 24566 - C.C.I.A.A. 65356

Cliente USL 5 ORISTANO
Reparto OCULISTICA
Indirizzo OSPEDALE "MASTINU" VIA PISCHEMMA
Città BOSA
Responsabile reparto _____
Telefono _____
Partita IVA / Cod. Fiscale _____

RICHIESTA DI INTERVENTO

Prof. N° 00.69.979 del 08-10-2012 Intervento N° 63
Verb. Telefonica del _____ Data 10-10-2012
Scritta - fax del 09-10-2012 Tecnico G.P.
Ns. Rif. Prev. N° _____
Ordine N° _____ del _____

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> INTERVENTO: | <input type="checkbox"/> Cortesia | <input checked="" type="checkbox"/> Installazione | <input type="checkbox"/> Vendita |
| <input type="checkbox"/> In Sede | <input checked="" type="checkbox"/> Da fatturare | <input checked="" type="checkbox"/> Smontaggio | <input type="checkbox"/> Visione |
| <input checked="" type="checkbox"/> c/o Cliente | <input type="checkbox"/> In garanzia | <input type="checkbox"/> Revisione | <input checked="" type="checkbox"/> Servizio terminato |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> In contratto | <input type="checkbox"/> Sopralluogo | <input type="checkbox"/> Servizio non terminato |

| APPARECCHIATURE: | | | |
|------------------------|--------------|---------|-------------|
| modello | n. di serie | modello | n. di serie |
| <u>1 LAMPADA INAMI</u> | <u>80069</u> | | |
| <u>2</u> | | | |
| <u>3</u> | | | |

Problema: NON ACCENDE / LUCE FLEBILE

Soluzione: SMONTAGGIO, CONTROLLO TENSIONI, PULIZIA PERCORSI OTTICI, PULIZIA OTTICHE ESTERNE, SOSTITUZIONE LAMPADINA, SOSTITUZIONE CALOTTA, DIMONTAGGIO, COLLAUDO

Note: _____

| ELENCO PARTI SOSTITUITE | | | | | | |
|--|-----------------|-------------------------|-----|---------------|---------------|--|
| CODICE | N. SERIE | Q.tà | EXC | PREZZO UNIT. | PREZZO TOTALE | |
| <u>LAMPADINA</u> | <u>6V, 4,5A</u> | <u>1</u> | | | | |
| <u>CALOTTA</u> | | <u>1</u> | | | | |
| FIRMA E TIMBRO CLIENTE | | Ore di lavoro <u>1</u> | | | | |
| AZIENDA USL 5 - ORISTANO POLIAMBULATORIO - BOSA Dott. Marina URTIS SPEC. IN OCULISTICA | | Ore di viaggio <u>4</u> | | | | |
| | | Km. percorsi <u>360</u> | | | | |
| | | | | TOTALE | | |

**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 | N. Consuntivo | Consuntivo IVA esclusa | IVA 21% | Consuntivo IVA inclusa |
|-----------------------------|-----------------|----------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|---------|------------------------|
| Poliklinico di Bosa | R0207 | Lampada a fessura INAMI | A.B. Med di Cagliari | 18 | 714,60 | 150,07 | 864,67 |

714,60

714,60