

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0020000

Oristano lì, 18/03/2013

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

Fax 070 2128115

Tel 070 212095

Spett.le Ditta VitalAire**Via Sernagiotto, 1/A****Elmas-Cagliari**

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in uso domiciliare al paziente C.G. domiciliato a Palmas Arborea in Via Mameli n. 1.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Ventilatore Polmonare Sandman Duo		Malfunzionante

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 il paziente, prendendo preventivamente i necessari 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-

VitalAire

CENTRO SANITA' CENTRO Via Della Fisica,5 Zona industriale Prato della Corte 00065 - Fiano Romano (Roma) Tel. 0765. 424211 - 4 Fax 0765. 400795	SPETT.LE ASL ORISTANO SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA Via ROCKFELLER snc 09170 ORISTANO FAX 0783/779102 C.A. ING. SERRA
--	---

OGGETTO:	Prot. N°	Data
CONSENTIVO DI SPESA PER INTERVENTO TECNICO SU VS APPARECCHIO SANDMAN DUO	0573-2013/CSC/FR/DV/mm.	20.03.2013

In riferimento alla Vs. gradita richiesta prot. 0020000 del 18/03/2013, Ns. protocollo di ricezione n. 2150, con la presente siamo a rimetterVi preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchio in oggetto ed in particolare:

PROBLEMA RISCONTRATO: MALFUNZIONAMENTO

TIPOLOGIA DELLA FORNITURA	N°	PREZZO UNITARIO A VOI RISERVATO € + IVA	PREZZO TOTALE € + IVA
SPESE DI VIAGGIO A/R FORFATT	1	125,00	125,00
IGIENIZZAZIONE E TEST CORRENTI	1	70,00	70,00
ORE DI LAVORO	2,00	80,00	160,00
SOSTITUZIONE SCHEDA BLOWER	1	149,50	149,50
TARATURA E CALIBRAZIONI	1	72,00	72,00
MESSA A DISPOSIZIONE APPARECCHIO SOSTITUTIVO E REINSTALLAZIONE APPARECCHIO VS. PROPRIETA' SUCCESSIVA A RIPARAZIONE	1	95,00	95,00
TOTALE: Euro 671,50 + IVA			
(seicentosettantunoeuro/50)			

N.B. Il preventivo formulato è relativo ad una stima del quasto. Laddove in seguito a verifica la spesa dovesse risultare inferiore a quanto stimato, provvederemo ad informare tempestivamente la Vs. Spett.le Ing. Clinica

Condizioni di fornitura

Iva:vs. Carico nella misura del 21%
 Pagamento:90 gg. D.f. Rimessa diretta
 Validità Offerta:30gg. dalla presente

Numeri Utili	Numero Verde.....	800863062
	Reperibile Tecnico.....	337.275418
	Customer Service.....	0765-424211 Int. 4
	Referente Commerciale.....	Sig. Christian Rossi 335.5465102

Si dichiara che VITALAIRE Italia S.p.A. è distributrice per l'Italia dei prodotti RESPIRONICS, COVIDIEN, SEFAM, RESMED, FISHER & PAYKEL e AIR LIQUIDE MEDICAL SYSTEMS, inoltre tutti i prodotti commercializzati da VITALAIRE Italia S.p.A. rispondono alle normative vigenti e sono marcati CE

Restiamo in attesa di un vs. gradito riscontro e cogliamo l'occasione per porgerVi i ns. più cordiali saluti.

Vitalaire Italia s.p.a.
 Responsabile Commerciale Area Centro



**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
Usò domiciliare paziente C.G. residente a Palams Arborea (OR)	Q0402	Ventilatore polmonare Sandman Duo	Ditta Vital Aire di Elmas - Cagliari	20.03.2013	671,50	141,02	812,52

125,00
70,00
160,00
149,50
72,00
95,00
671,50