



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

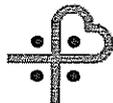
Richiesta n°: _____ Data: 08/01/2013 Ora: 10,00Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asloristano.itIl presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

Presidio *	Unità Operativa/Poliambulatorio *	Edificio - Piano - Stanza *		
S. MARTINO	MEDICINA	P.T. 50700M		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura *		
3667	USD0302492	ECOGRFO PHILIPS MODE. ENVISOR CHD		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)		
Persona di reparto da contattare * Dott. CHESSA / Dott. S. CUCCUS / Dott. LA CIVITA Telefono/Fax *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
Dott. TANGIANU		X		
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*		NO		
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*		NO		
Descrizione del Malfunzionamento:*		SI ACCENDE MA NON ACCEDE ALLA FUNZIONE ECOGRFO		

Referente di Struttura
Organizzativa:*sig. Dott. EFISIO CHESSA Tel. 0783 - 320044

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente



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.

Table with fields: Presidio *, Unità Operativa/Poliambulatorio *, Edificio - Piano - Stanza *, N° Inventario *, Matricola *, Descrizione apparecchiatura *, Codifica CIVAB, Ditta Manutentrice (se conosciuta), Proprietà *, Persona di reparto da contattare *, Garanzia *, Urgente *, Contratto *, Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*, L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*, Descrizione del Malfunzionamento:*

Referente di Struttura Organizzativa:*

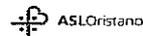
Sig. _____ Tel. _____

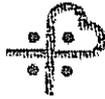
Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

RICHIESTA PERVENUTA VIA TEL. DAL REPARTO - VISIO BUASTO -

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





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: 14-12-2012 Ora: 11⁴⁰Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email ingegneriaclinica@asl.oristano.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 *		
S. MARTINO	AMBULATORIO CARDIOLOGIA	1° AMBULATORIO		
N° Inventario *	Matricola *	Descrizione apparecchiatura * MODELLO		
6506000012		ECCOGRAFO PHILIPS SONOS 5500 HP HEWLETT PACKARD		
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri) CARDIO-UTIC		
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *	
STURA ANNA Telefono/Fax * 7209				
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto? * SI				
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina? * SI				
Descrizione del Malfunzionamento: * FUORI USO				

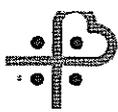
Referente di Struttura
Organizzativa:*Sig. STURA ANNATel. 7209Il Richiedente
P.A. "San Martino"

U.O. CARDIOLOGIA-UTIC

Direttore Sergio M. Marchi

Parte riservata al Ricevente

ASL Oristano

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0080146

Oristano lì, 10/12/2012

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 039 2036299
Tel. 800 232100**Spett.le Ditta Philips S.P.A.**
Via Casati, 23
20054 MONZA (MI)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Cardiologia del Presidio Ospedaliero "S. Martino" di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Ecotomografo Hewlett Packard mod. Sonos 5500.	US97703403	Dopo il self-test compare la dicitura "il sistema non risponde ai comandi D0624".

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, avverrà previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico.

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.

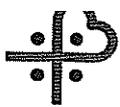
Sistema Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Valter PigaIL DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
-Ing. Marcello Serra-

ASL 5 Oristano

Via Rockefeller snc
09170 Oristano
Fax 0783779102

Pag. 1 di 1

Servizio
Ingegneria Clinicawww.asloristano.itE-mail: ingegneriaclinica@asloristano.it

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. n. 6949

Oristano lì, 29 Gennaio 2013

OGGETTO: Richiesta urgente di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 039 2036299
Tel. 800 232100**Spett.le Ditta Philips S.P.A.**
Via Casati, 23
20054 MONZA (MI)

Si richiede urgentemente un preventivo di spesa per la riparazione dell'apparecchiatura di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Medicina del P.O. S. Martino di Oristano.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
ECOTOMOGRFO PHILIPS MOD. ENVISOR CHD	USD0302497	L'ECOGRAFO SI ACCENDE MA NON CARICA IL PROGRAMMA

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 brevisimo 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, avverrà previo accertamento della regolare esecuzione dell'intervento tecnico.

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.

Servizio Sanitario Regione Sardegna
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano
Servizio Ingegneria Clinica
Ass. Tec. Valter PigaDIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA
-Ing. Marcello Serra-

Philips S.p.A.
Healthcare
Via G. Casati, 23
20900 Monza

SPETT.LE
AZ. USL 5
VIA ROCKFELLER, snc
09170 ORISTANO - OR
SERV. INGEGNERIA CLINICA
FAX 0783/779102

Oggetto: PREVENTIVO 8643998/bd

Data: 12.03.2013

Come da Vs. richiesta telefonica del 11.03.2013, Vi sottoponiamo la ns. migliore offerta per l'intervento di diagnosi sulla Vs. apparecchiatura PHILIPS SONOS 4500/5500/7500 (s.n. US97703403 - 3° livello), presso l'U.O. di Cardiologia del P.O. di Oristano.

L'intervento di che trattasi verrà eseguito alle condizioni che seguono e di quanto indicato nell'allegato "Condizioni generali di contratto per interventi di riparazione" che costituisce parte inscindibile della presente offerta.

N.B.

Vi informiamo che, a seguito accettazione del presente preventivo, il nostro supporto tecnico effettuerà un tentativo di risoluzione / diagnosi remota del problema.

1. a) - In caso di risoluzione remota positiva, sarà addebitata solo la cifra forfettaria di 250.00 Euro (iva esclusa).

1. b) - In caso di diagnosi remota con l'identificazione del problema, Vi sarà addebitata la cifra forfettaria di 250.00 euro (iva esclusa) per la diagnosi. Contemporaneamente sarà ns. cura emettere nuova offerta correttiva completa delle parti occorrenti.

2) - Nel caso in cui invece, il nostro supporto tecnico non riuscirà a risolvere o diagnosticare remotamente il guasto, il ns. tecnico provvederà ad eseguire in loco come da dettaglio economico sotto elencato:

Nel caso si verifichi punto 1.a oppure 1.b Vi verranno addebitati solo 250,00 euro (iva esclusa)

Nel caso si verifichi il punto 2 si procederà con Diagnosi sul posto come da dettaglio sotto elencato.

> DIRITTO DI CHIAMATA	Euro	193,00
> IMPORTO ORE LAVORO	Euro	648,00
> IMPORTO ORE DI VIAGGIO A/R	Euro	567,00

TOTALE COMPLESSIVO (IVA ESCLUSA) Euro 1.408,00

Tariffa oraria applicata come da Tariffario in vigore, riportato in allegato.

- VALIDITA' OFFERTA: 30 gg. dalla data della presente salvo proroga scritta.

- IVA: a Vs. carico a termini di legge.

- PAGAMENTO: 90 gg. data fattura. Il pagamento effettuato oltre i termini stabiliti comporterà l'addebito degli interessi di mora come previsto da D.L. Nr. 231 del 9 Ottobre 2002"

- ESECUZIONE dell'attività entro 15 giorni data ricevimento ordine.

Ci preghiamo informarVi che, nel caso non fosse possibile ultimare la riparazione della macchina nell'ambito dell'onere sopra indicato, provvederemo a trasmetterVi un ulteriore preventivo. Si precisa che la fatturazione avverrà sulla base di quanto indicato nel foglio di lavoro che il tecnico lascerà in reparto al termine dell'intervento, pertanto precisiamo che provvederemo ad emettere regolare fattura a fronte della Vs. accettazione. Se qualora ai fini dell'espletamento delle Vs. procedure amministrative interne fosse necessario indicare un numero d'ordine si richiede di segnalarlo nella Vs. accettazione. Restiamo in attesa di copia della presente da Voi debitamente sottoscritta per accettazione.

Per informazioni contattare ai seguenti numeri: TEL. 800.232100 FAX 039.2036299

Il Cliente, per accettazione Timbro e firma :

Per approvazione espressa di quanto sopra nonché degli articoli dell'allegato "Condizioni generali di contratto per interventi di riparazione": art.1 "Sicurezza dell'apparecchiatura (diagnosi)", art.2 "Parti di ricambio", art.5 "Documentazione degli interventi", art.6 "Garanzia dell'intervento e delle parti di ricambio", art.8 "Limitazione di responsabilità", art.9 "Foro competente".

Il Cliente, per accettazione Timbro e firma :

Philips S.p.A.
Healthcare
Customer Care Center Manager
V. Pugliese

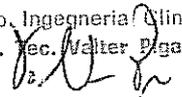


Philips S.p.A.
Sede Operativa:
Via G. Casati, 23 - 20900 Monza
Tel.: 039-203.1

www.philips.com

Sede Legale:
Via L. Mascheroni, 5 - 20123 Milano
Cap. Soc. Euro 68.068.000,00 i.v.
Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e P. IVA n. 00856750153
R.E.A. Milano n. 88001
Direzione e coordinamento: Koninklijke Philips Electronics N.V.
Registro dei Produttori AEE: n. IT08010000000099

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



Philips S.p.A.
Healthcare
Via G. Casati, 23

SPETT.LE
AZ. USL 5
VIA ROCKFELLER, snc
09170 ORISTANO - OR
SERV. INGEGNERIA CLINICA
FAX 0783/779102

Oggetto: ²⁰⁹⁰⁰ Monza PREVENTIVO 8659669/bd
Annulla e sostituisce ns. prev. 20465992 del 29.01.13

Data: 20.03.2013

Come da Vs. richiesta fax Prot. 6949 del 29.01.2013, Vi sottoponiamo la ns. migliore offerta per l'intervento di diagnosi sulla Vs. apparecchiatura PHILIPS ENVISOR (s.n. IT60500101 - 3° livello), sita presso il P.O. San Martino di Oristano, reparto Unità Operativa di Medicina.

L'intervento di che trattasi verrà eseguito alle condizioni che seguono e di quanto indicato nell'allegato "Condizioni generali di contratto per interventi di riparazione" che costituisce parte inscindibile della presente offerta.

N.B.

Vi informiamo che, a seguito accettazione del presente preventivo, il nostro supporto tecnico effettuerà un tentativo di risoluzione / diagnosi remota del problema.

1. a) - In caso di risoluzione remota positiva, sarà addebitata solo la cifra forfettaria di 250.00 Euro (iva esclusa).

1. b) - In caso di diagnosi remota con l'identificazione del problema, Vi sarà addebitata la cifra forfettaria di 250.00 euro (iva esclusa) per la diagnosi. Contemporaneamente sarà ns. cura emettere nuova offerta correttiva completa delle parti occorrenti.

2) - Nel caso in cui invece, il nostro supporto tecnico non riuscirà a risolvere o diagnosticare remotamente il guasto, il ns. tecnico provvederà ad eseguire in loco come da dettaglio economico sotto elencato:

Nel caso si verifichi punto 1.a oppure 1.b Vi verranno addebitati solo 250,00 euro (iva esclusa)

Nel caso si verifichi il punto 2 si procederà con Diagnosi sul posto come da dettaglio sotto elencato.

> DIRITTO DI CHIAMATA	Euro	193,00
> IMPORTO ORE LAVORO	Euro	648,00
> IMPORTO ORE DI VIAGGIO A/R	Euro	567,00
TOTALE COMPLESSIVO (IVA ESCLUSA)	Euro	1.408,00

Tariffa oraria applicata come da Tariffario in vigore, riportato in allegato.

- VALIDITA' OFFERTA: 30 gg. dalla data della presente salvo proroga scritta.

- IVA: a Vs. carico a termini di legge.

- PAGAMENTO: 90 gg. data fattura. Il pagamento effettuato oltre i termini stabiliti comporterà l'addebito degli interessi di mora come previsto da D.L. Nr. 231 del 9 Ottobre 2002"

- ESECUZIONE dell'attività entro 15 giorni data ricevimento ordine.

Ci preghiamo informarVi che, nel caso non fosse possibile ultimare la riparazione della macchina nell'ambito dell'onere sopra indicato, provvederemo a trasmetterVi un ulteriore preventivo.

Si precisa che la fatturazione avverrà sulla base di quanto indicato nel foglio di lavoro che il tecnico lascerà in reparto al termine dell'intervento, pertanto precisiamo che provvederemo ad emettere regolare fattura a fronte della Vs. accettazione. Se qualora ai fini dell'espletamento delle Vs. procedure amministrative interne fosse necessario indicare un numero d'ordine si richiede di segnalarlo nella Vs. accettazione.

Restiamo in attesa di copia della presente da Voi debitamente sottoscritta per accettazione.

Per informazioni contattare ai seguenti numeri: TEL. 800.232100 FAX 039.2036299

Il Cliente, per accettazione Timbro e firma :

Per approvazione espressa di quanto sopra nonché degli articoli dell'allegato "Condizioni generali di contratto per interventi di riparazione": art.1 "Sicurezza dell'apparecchiatura (diagnosi)", art.2 "Parti di ricambio", art.5 "Documentazione degli interventi", art.6 "Garanzia dell'intervento e delle parti di ricambio", art.8 "Limitazione di responsabilità", art.9 "Foro competente".

Il Cliente, per accettazione Timbro e firma :

Philips S.p.A.
Healthcare
Customer Care Center Manager
V. Pugliese



Philips S.p.A.
Sede Operativa:
Via G. Casati, 23 - 20900 Monza
Tel.: 039-203.1

Sede Legale:
Via L. Mascheroni, 5 - 20123 Milano
Cap. Soc. Euro 68.068.000,00 i.v.
Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e P.IVA n. 00856750153
R.E.A. Milano n. 88001
Direzione e coordinamento: Koninklijke Philips Electronics N.V.
Registro dei Produttori AEE: n. IT0801000000099

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

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5
ORISTANO**

Allegato alla Determinazione del Direttore del Servizio Ingegneria Clinica N° _____ DEL _____

U.O. richiedente	Centro di Costo	Apparecchiatura	Ditta contattata	Data preventivo	Preventivo IVA esclusa	IVA 21%	Preventivo IVA inclusa
Medicina P.O. San Martino di Oristano	E0201	Ecografo Philips mod. Envisor	Ditta Philips di Monza (Milano)	20/03/2013	1.408,00	295,68	1.703,68
Cardiologia P.O. San Martino di Oristano	E0501	Ecografo Philips mod. Sonos 5500	Ditta Philips di Monza (Milano)	12/03/2013	1.408,00	295,68	1.703,68
					2.816,00	591,36	3.407,36

193,00	193,00
648,00	648,00
567,00	567,00
1.408,00	1.408,00