

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@aslорistano.it](mailto:ingegneriaclinica@aslорistano.it)Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.  
I dati con l'asterisco sono obbligatori.

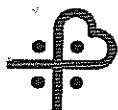
Presidio * P.O. SAN MARTINO	Unità Operativa/Poliambulatorio * PEDIATRIA/NIDO	Edificio - Piano - Stanza *	
N° Inventario * 218 → 1161 →	Matricola * -9500 -9510	Descrizione apparecchiatura * ASPIRATORE CURVUSICO DITTA CATU MOD. NEW ASKIR 230/12V BR	
Codifica CIVAB	Ditta Manutentrice (se conosciuta) APP. FORNITE DALLA DITTA DUCSIGAS (TEL 800210911)	Proprietà * (Azienda/Service/Altri)	
Persona di reparto da contattare *	Garanzia *	Urgente *	Contratto *
Telefono/Fax *	/	SI	/
Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*			
L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*			
Descrizione del Malfunzionamento:* NON SI RICAMICANO LE BATTENTE INTERNE			

Referente di Struttura  
Organizzativa:\*

Sig. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Il Richiedente

Parte riservata al Ricevente

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 42272

Oristano lì, 8 NOVEMBRE 2012

**OGGETTO:** Richiesta URGENTE di preventivo di spesa per intervento tecnico.Fax 0785 73295  
TEL 0785 73298**Spett.le Ditta MEDIGAS**

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

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Aspiratore chirurgico mod. New Askir 230/12VBR	9500 9510	Non si ricarica la batteria interna

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@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it) e [salvatore.seoni@asloristano.it](mailto:salvatore.seoni@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 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.

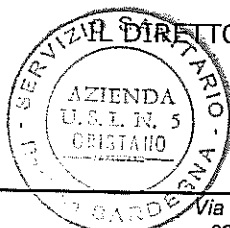
Tutti i materiali utilizzati dovranno essere conformi alle disposizioni di legge vigenti e alle norme dell'U. E. e dovranno essere conformi a quanto indicato dal costruttore dell'apparecchiatura elettromedicale; le parti di ricambio dovranno essere nuove e originali ed essere esenti da vizi e da difetti 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



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@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)

Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica  
Dr. Ing. Barbara Podda

Pag. 1 di 1

# FAX

**To: 00783779102**

Company:

Fax: 00783779102

Phone:

**From: MEDIGAS ITALIA SRL**

Fax: 02/48881171

Phone: 02/48881170

E-mail: voipfax@praxair.com

---

## NOTES:

SI TRASMETTE PREVENTIVO DI RIPARAZIONE.

RESTIAMO IN ATTESA DI VS RISCONTRO A CONFERMA DELLA RIPARAZIONE.

DISTINTI SALUTI.

---

**Date and time of transmission:** Thursday, March 21, 2013 5:57:40 PM  
**Number of pages including this cover sheet:** 03



MEDIGAS ITALIA S.r.l.  
20000 ASSAGO - VIA EDISON 6  
Tel. 02/4888111 - Fax. 02/48881150  
www.medigas.it  
Capitale Sociale 4.000.000 Int. vers. int vers.  
Reg. Imprese Milano n. 02466440167  
Nr. REA Milano 1502123  
C.F. 02466440167 - P.IVA 11861240155

Preventivo n. PR1300137

Tecnico: Lorena Clerici

800-210911

Spett.le

AZIENDA U.S.L. 5 ORISTANO

VIA CARDUCCI, 35 SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
09170 - ORISTANO (OR)

ASSAGO, 18/03/2013

C.a.:

Fax.

Tel. 0783/779102

A seguito della vs richiesta di intervento tecnico Prot.n.72472 del 8/11/12

Formuliamo, di seguito, preventivo relativo alla riparazione dell'apparecchiatura di vs proprietà.

Modello	Matricola	S/N
ASPIRATORE MOD. ASKIR SM 230-12 / BR CON BATTERIA	107910753	9510

Paziente: OSPEDALE S. MARTINO

Descrizione intervento
Controllo stato funzionamento dispositivo. Prove finali di buon funzionamento, verifica della corrispondenza delle performance dello strumento rispetto a quanto dichiarato dal costruttore. SOSTITUZIONE BATTERIA RICARICABILE.

Tipo	Codice	Descrizione	Q.tà	Prezzo unit.	% sconto	Importo riga IVA escl. EURO
Articolo	120100005	BATTERIA RICARICABILE PER ASPIRATORE MOD. VACUAIDE	1,00	109,00	0,00	109,00
Servizio	ORE-VG	Ore Trasferita	0,50	100,00	0,00	50,00
Servizio	ORE-MD	Ore Manodopera	1,00	100,00	0,00	100,00

<b>Totale riga IVA esclusa</b>	<b>EURO</b>	<b>259,00</b>
--------------------------------	-------------	---------------

Sistema Sanitario Regione Sardegna  
Azienda Sanitaria Locale n. 5 Oristano  
Servizio Ingegneria Clinica  
Ass. Ter. Valtor Pigo

Condizioni generali di fornitura:

Validità Preventivo: 90 Giorni  
IVA: a vs. carico nella misura prevista dalla legge  
Garanzia sulla riparazione: 3 mesi  
Pagamento: Bonifico bancario Italia 90 GG fine mese

Per qualsiasi informazione e/o chiarimento è a vs. disposizione il ns. servizio di assistenza tecnica ai seguenti recapiti:

Tel. 02/4888111 - Fax. 02/48881150-02/48881171

In attesa di un vs. riscontro, ci è gradita l'occasione per porgere distinti saluti.

Per accettazione



MEDIGAS ITALIA S.r.l.  
Responsabile Assistenza tecnica  
Mauro Beati