



**Electronica
Bio Medicale srl**
a company of TBS Group

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Cum 229
Cliente:

ASL 5 OSTIA LATA

24452CO

Data 28/09/16

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 400 del 27/06/16 la ASL 5 OSTIA LATA, ha affidato alla Ditta ESAOTE la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
5691	ESAOTE	ELETTROCARDIOGRAMMA	MYCARDIOPAD XL	1001.000542

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO NEUROMABILITAZ. presso la Struttura: P.O. SAN MARTINO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 27/08/2016 con bolla nr. 1160019021 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 28/09/2016 presso NEUROMABILITAZ. sono convenuti i signori:

S. DEWITAS Incaricato ING CLINICA;

M. PIAS Incaricato DATA FORNITRICE;

N. CONONCO Incaricato ASL 5;

_____ Incaricato _____;

I comparenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note _____

_____ letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl S. Dewitas

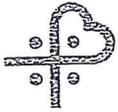
Il Consegnatario del bene M. Pias

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

Il Responsabile della ditta fornitrice N. Cononco

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLA FORMAZIONE

Il sottoscritto	CORONTEO NICOLA	
In qualità di	Responsabile del Servizio di	NeuroRiabilitazione
	COORDINATORE	

Dichiara di aver organizzato il corso di formazione relativo al corretto uso di ECG HYDAEDU PAD XL al fine di poter verificare la rispondenza funzionale delle apparecchiature acquisite per il corretto utilizzo sul paziente secondo quanto previsto dal costruttore.

Il corso è stato tenuto da:

Docente del Corso	PIRAS MARIANO	
In qualità di	TECNICO	
della Ditta	TBN (BSAOTE)	

Per attestare il completamento della fornitura si dichiara che la formazione è stata eseguita nelle seguenti date: 28-09-2016

dai partecipanti indicati nella scheda allegata conformemente a quanto indicato in offerta dalla Ditta BSAOTE (vedi programma di formazione allegato).

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

Partecipanti	Data
SCANU CLAUDIA <i>Claudia Scanu</i>	28/09/2016
FRANUELA TOM <i>Franuela Tom</i>	28/09/2016
DEIDDA FRANCESCO <i>Francesco Deidda</i>	28/09/2016
ALESSANDRA COGONI <i>Alessandra Cogoni</i>	28/09/2016
ANNA CABIDDU <i>Anna Cabiddu</i>	28/09/2016
NICOLA CORONFEO <i>Nicola Coronfeo</i>	28/09/2016



Servizio Ingegneria Clinica

PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI

Il sottoscritto <u>M. PINAS</u>	In qualità di Tecnico autorizzato
Per conto della Ditta <u>ESAOTE</u>	

Dichiara di aver concordato con l'Amministrazione Contraente

Amministrazione Contraente: A.S.L. N° 5 ORISTANO		
con Sede in Oristano	Provincia Oristano	
Via Carducci	N° 5	CAP

Il seguente calendario degli interventi di manutenzione preventiva per l'apparecchiatura mod. MYCAMWPA0 XL numero di serie 1001.000542 numero di installazione 5641

Descrizione intervento	Data
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>ENTW set. 2017</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>01 " 2018</u>
Intervento di manutenzione preventiva secondo quanto previsto dal costruttore	<u>/</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>ENTW set. 2017</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>" " 2018</u>
CONTROLLO FUNZIONALE	<u>/</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>ENTW set. 2017</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>" " 2018</u>
Verifica di sicurezza elettrica	<u>/</u>

La Ditta Dichiara che le manutenzioni verranno eseguite con le modalità e la frequenza prevista dal costruttore delle apparecchiature.

Per il Fornitore
(firma)

l'Amministrazione Contraente
(timbro e firma)

DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

Produttore
SCHILLER AG
Altgasse 68
6341 Baar

Prodotto
Elettrocardiografo

Modello
MyCardioPad XL

Numeri di serie con: 1001.00100rr

Noi, sottoscritti, con la seguente dichiariamo che l'apparato medicale sopra specificato (classe IIa) è conforme ai Requisiti Essenziali riportati nell'Allegato I, della Direttiva CE 93/42EEC.

L'allegato II della Direttiva 93/42EEC è stato applicato da giugno 1993.

Standards Applicati (test in esecuzione):

IEC 60601-1
IEC 60601-1-2
IEC 60601-2-25
IEC 60601-2-51



TUEV Sud Product Service GmbH
Richterstrasse 65 · 80339 Monaco · Germania

Baar (Svizzera), 18.03.2013

Serzer Serkan
Manager Assicurazione Qualità & Regulatory Affairs

Questa dichiarazione è valida fino al 31.03.2016