Servizio Sanitario
REGIONE SARDEGNA

S.C. Servizio Ingegneria Clinica

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

Prot. NP/2018/ 26288 del 09/04/2018

F. Bracelli
10/4/2018

Alla C.A. del RUP, *Dott.ssa Rosalba Muscas*

Direttore S.C. Area Giuridico Amministrativa di Oristano

e P.C. *Dott. Antonio M.Pinna*

Direttore S.C. Nefrologia e Dialisi

LORO SEDI

OGGETTO: **Procedura negoziata per la fornitura di attrezzature destinate al Centro Dialisi di Assistenza Limitata di Bosa. Trasmissione Certificato di regolare esecuzione per la Fornitura N°8 letti bilancia per emodialisi – Lotto 1 - CIG 71719142A9.**

Premesso che:

- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano n.582 del 13/07/2017 è stato approvato il Bando di gara, il Capitolato speciale, il Capitolato tecnico e suoi allegati per l'affidamento della fornitura di cui in oggetto suddivisa in 6 lotti di gara;
- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano N.937 del 26/02/2018 veniva disposta la aggiudicazione dei lotti per la fornitura delle attrezzature di cui in oggetto specificatamente per il lotto 1 a favore della Ditta produttrice ***5.9 Srl Care Weighting System*** per l'importo complessivo di €.24.300,00 oltre Iva di legge per la fornitura di 8 letti bilancia modello *Start*;
- ✓ con la medesima Determinazione, ai sensi dell'art. 101, comma 1, del D.Lgs. n.50 del 18/04/2016, veniva nominato Direttore dell'esecuzione il sottoscritto Ing. Davide Angius, Dirigente del Servizio di Ingegneria Clinica

Datto atto che in data 4 Aprile 2018 la Ditta offerente ha fornito, posizionato e reso operative

Servizio Sanitario
REGIONE SARDEGNA

S.C. Servizio Ingegneria Clinica

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

le attrezzature oggetto di fornitura e meglio specificate nell'allegato verbale di collaudo

- ✓ Viste tutte le certificazioni inerenti la fornitura in esame presentate dalla Ditta 5.9 Srl depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visto l'allegato verbale di collaudo n.45/18 del 04/04/2018 redatto a cura del Servizio Ingegneria Clinica e facente parte integrante del presente documento

Tutto ciò premesso si attesta la conformità delle attrezzature fornite in relazione a quanto offerto alla Stazione Appaltante in sede di gara.
Si trasmette il presente verbale di regolare esecuzione per i successivi adempimenti di competenza

Cordiali Saluti

Il Dirigente del Servizio Ingegneria Clinica
Direttore dell'Esecuzione
Dr.Ing.Davide Angius

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA AZIENDA U.S.L. N° 5 ORISTANO

VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

ID COLLAUDO 45

[Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017]

Data 04/04/2018

RIFERIMENTO PRATICA

N° DET/DEL: 937 del 26/02/2018 Ditta Fornitrice: 5.9 SRL CARE WEIGHTING SYSTEM

Rif. Ordine di Acquisto 5-BI-2018-13 Rif. DDT A000231 del 21/03/2018

Presidio: P.O. MASTINO - BOSA Unità Operativa: NEFROLOGIA E DIALISI

Note: PRESSO CENTRO DIALISI DI ASSISTENZA LIMITATA

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA

N° Inventario Biomedicale: N° Inventario Patrimoniale:

Apparecchiatura: LETTO BILANCIA

Costruttore: 5.9 SRL CARE WEIGHTING SYSTEM

Modello: START Matricola:

Causale acquisizione: ☒ ACQUISTO ☐ SERVICE ☐ NOLEGGIO ☐ LOCAZIONE ☐ LEASING ☐ DEMO

Durata Garanzia / Tipo : 40 MESI Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo:

INVENTARIO APPARECCHIATURE

N° INV. BIO	N° INV. Patr.	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA
6484		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ29
6485		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ3Ø
6486		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ34
6487		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ27
6488		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ31
6489		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ28
6490		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ33
6491		LETTO BILANCIA	5.9	START	1876HGØ32

CONTROLLO VISIVO (Norma CEI EN 62353 : 2015 - 11)	SI	NO	NA
Integrità dell'imballaggio e assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	X		
Corrispondenza al tipo e al modello indicato nell'ordine	X		
Presenza del manuale d'uso e di servizio in lingua italiana	X		
Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento riferita alla configurazione/versione dell'apparecchiatura	X		
Manopole, dispositivi di comando e controllo, ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti (esame a vista)	X		
Esistenza di condizioni di integrità e sicurezza meccanica (esame a vista)	X		
Presenza Interruttore di rete e conformità serigrafie di accensione (esame a vista)		X	
Integrità delle spine, dei cavi e dei connettori	X		

RISPONDENZA A DIRETTIVE E NORME TECNICHE	SI	NO	NA
L'apparecchio è accompagnato da Attestato di Certificazione 93/42/CEE e s.m.i.	X		
Classe apparecchiatura (*rif. Dir. 93/42/CEE e s.m.i.*) ☒ 1 ☐ 2a ☐ 2b ☐ 3			
L'apparecchio è marcato CE (*rif. Dir.'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i.*)	X		
L'apparecchio è marcato CE (*rif. Dir.'Dispositivi Medici' 93/42/CEE e s.m.i.*)	X		
L'apparecchio è marcato CE (*rif. Dir.'Dispositivi Medici Impiantabili' 90/385 e s.m.i.*)			X
L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva (*specificare*)			X
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri (*specificare*)			X
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali norme particolari	X		
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari			X
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI (*specificare*)			X
L'apparecchio è conforme alle norme IEC (*specificare*)			X
L'apparecchio è conforme alle norme UNI (*specificare*)			X

NOTE

DATI TECNICI

Tensione di alimentazione 230 [V]

Corrente assorbita _____ [A]

Potenza assorbita _____ [W]

Potenza assorbita 213 [VA]

Apparecchiatura
☒ *Medicale* ☐ *Laboratorio* ☐ *Non Medicale*

Classe elettrica
☐ *Classe I* ☒ *Classe I I* ☐ *Classe AI*

Grado di protezione
☒ *Tipo B* ☐ *Tipo BF* ☐ *Tipo CF*

Morsetto
☐ *Funzionale* ☐ *Equipotenziale* ☒ *N.A.*

Cavo
☐ *Separabile* ☒ *Non separabile*

Gas utilizzato per il funzionamento:

VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA	SI	NO		
VSE necessarie	X		Tecnico Esecutore 1	FEDERICA TICCA
Esito positivo	X		Tecnico Esecutore 2	
Rif. Strumenti di misura	1	FLUKE ESA 620	Data ultima taratura	16.02.2018
	2		Data ultima taratura	
	3		Data ultima taratura	

VERIFICHE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI

Alla presenza del "Responsabile di Presidio / Distretto / U.O. / Servizio" o suo delegato con il ruolo di DIRETTORE SANITARIO

1 - STEFANO MADEDDU 2 - _____ 3 - _____

e dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale e prestazionale per le apparecchiature sopra indicate, che hanno dato luogo ai seguenti risultati:

	SI	NO
1) L'APPARECCHIATURA RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEA ALL'USO PREVISTO	X	
2) IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'USO	X	
3) IL MODULO B "ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE	X	
4) IL MODULO C "PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE	X	

La Ditta fornitrice si impegna a trasmettere alla email bio.assloristano@higea.eu i Moduli B e C debitamente compilati e firmati.
Tali moduli sono parte integrante del presente Verbale di Collaudo, in particolare i termini della garanzia decorreranno dalla data di completamento della formazione/addestramento:

Durata Garanzia 40 MESI Data Inizio Garanzia 04/04/2018 Data Fine Garanzia 04/08/2021

L'ESITO DEL COLLAUDO È DA RITENERSI ☒ **Positivo** ☐ **Temporaneamente sospeso** ☐ **Negativo**

NOTE _____

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo BOSA in data 04/04/2018 alle ore 13:00

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: STEFANO MADEDDU _____ *(firma)*
o suo Delegato

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: CRISTIAN TIBALDINI _____ *(firma)*

Il Rappresentante della Ingegneria Clinica (RTI Higea S.p.A): GIULIA ABIS _____ *(firma)*

Per conto del Servizio Ingegneria Clinica ASSL Oristano assiste al collaudo: _____ (*Ing. Christian Mura / Per.Ind. Valter Piga*)