

Allegato n° 01 alla deliberazione  
N° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
Composto di n° 05 fogli A4.

**CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE**

Prot. NP/2018/ 55747 del 08/08/2018

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

Direttore S.C. Area Giuridico Amministrativa di Oristano

e P.C. *Dott. Giorgio Piras*

Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione

LORO SEDI

**OGGETTO: Procedura negoziata per la fornitura di sistemi elettromedicali vari destinati alle UU.OO di Anestesia e Rianimazione dei PP.OO. "San Martino" di Oristano e "A.G. Mastino" di Bosa. Trasmissione Certificato di regolare esecuzione per la Fornitura N°2 sistemi per la gestione delle vie aeree difficili - Lotto 1 - CIG 6972822ABC.**

Premesso che:

- ✓ con Determinazione Direttore ASL di Oristano n.357 del 18/05/2017 veniva indetta procedura negoziata telematica sulla piattaforma CAT Sardegna per l'affidamento della fornitura di cui in oggetto suddivisa in 2 lotti di gara;
- ✓ con Determinazione Direttore ASL di Oristano N.451 del 12/06/2017 veniva nominata apposita commissione di gara;
- ✓ con Determinazione Direttore ASL di Oristano N.2308 del 21/05/2018 veniva disposta la aggiudicazione dei lotti per la fornitura delle attrezzature di cui in oggetto specificatamente per il lotto 1 a favore della Ditta Sanifarm Srl per l'importo complessivo di €.54.390,00 oltre Iva di legge per la fornitura di due sistemi per la gestione delle vie aeree difficili marca STORZ modello C-MAC;
- ✓ con la succitata Determinazione n.357 del 18/05/2017, 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 della S.C. Ingegneria Clinica

Datto atto che in data 31/07/2018 la Ditta offerente ha fornito, posizionato e reso operative 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 Sanifarm Srl depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visto gli allegati verbale di collaudo n.71/18 e 72/18 del 31/07/2018 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 della S.C. Ingegneria Clinica  
Direttore dell'Esecuzione  
*Dr. Ing. Davide Angius*



VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

ID COLLAUDO 71

[ Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017 ]

Data 31/07/2018

RIFERIMENTO PRATICA  
 N° DET/DEL: 1907 del 21/05/2018 Ditta Fornitrice: SANIFARM  
 Rif. Ordine di Acquisto 5-BI-2018-28 del 12/07/2018 Rif. DDT 908 del 25/07/2018  
 Presidio: P.O. SAN MARTINO Unità Operativa: ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
 Note: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA  
 N° Inventario Biomedicale: 6589 N° Inventario Patrimoniale: \_\_\_\_\_  
 Apparecchiatura: SISTEMA PER LA GESTIONE DELLE VIE AEREE DIFFICILI  
 Costruttore: STORZ  
 Modello: CMAC Matricola: RR15584  
 Causale acquisizione:  ACQUISTO  SERVICE  NOLEGGIO  LOCAZIONE  LEASING  DEMO  
 Durata Garanzia / Tipo: 30 MESI Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo: \_\_\_\_\_

APPARECCHIATURE A SISTEMA

N° INV. BIO	N° INV. Patr.	DESCRIZIONE	CoSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA
		CAVO DI CONNESSIONE CMAC PER VIDEOCLAR.			
6592		VIDEOLARINGO D-BLIND	STORZ	8403HX	SR25584
		STATIVO PORTA MONITOR		<del>STORZ</del>	
		CONTAINER PER STENILIZZAZ.			
		PINZA DA PRESA			
		PINZA DA BIOPSIA			
		SUCTION VALVE			

6590 FLEX. REL INTUBAZ. 11301 BNK 57458

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		

RISPONDE A DIRETTIVE E NORME TECNICHE	SI	NO	NA	DATI TECNICI
L'apparecchio è accompagnato da Attestato di Certificazione 93/42/CEE e s.m.i.	X			Tensione di alimentazione <u>12</u> [V]
Classe apparecchiatura ( rif. Dir. 93/42/CEE e s.m.i. ) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 3				Corrente assorbita <u>115</u> [A]
L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i. )			X	Potenza assorbita _____ [W]
L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici' 93/42/CEE e s.m.i. )	X			Potenza assorbita _____ [VA]
L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici Impiantabili' 90/385 e s.m.i. )			X	Apparecchiatura
L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva ( specificare )			X	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicale</i> <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Non Medicale</i>
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri ( specificare )			X	Classe elettrica
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali norme particolari				<input type="checkbox"/> <i>Classe I</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Classe II</i> <input type="checkbox"/> <i>Classe AI</i>
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari			X	Grado di protezione
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI ( specificare )			X	<input type="checkbox"/> <i>Tipo B</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Tipo BF</i> <input type="checkbox"/> <i>Tipo CF</i>
L'apparecchio è conforme alle norme IEC ( specificare )			X	Morsetto
L'apparecchio è conforme alle norme UNI ( specificare )			X	<input type="checkbox"/> <i>Funzionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Equipotenziale</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>N.A.</i>
NOTE				Cavo
				<input type="checkbox"/> <i>Separabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Non separabile</i>
				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
	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 RESP. U.O. RIANIMAZ.  
 1- \_\_\_\_\_ 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 30 MESI Data Inizio Garanzia 31/07/2018 Data Fine Garanzia 31/07/2021

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

NOTE \_\_\_\_\_

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo ORISTANO in data 31/07/2018 alle ore 10.30

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: GIORGIO PIRAS (firma)

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: GIANNETTO CORINI (firma)

Il Rappresentante della Ingegneria Clinica ( RTI Higea S.p.A): FEDERICA TICCA (firma)

Per conto del Servizio Ingegneria Clinica ASSL Oristano assiste al collaudo: \_\_\_\_\_ ( Ing. Christian Mura / Per.Ind. Valler Piga )



**VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

ID COLLAUDO 72

Data 31/07/2018

[ Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017 ]

**RIFERIMENTO PRATICA**

N° DET/DEL: 1907 del 21/05/2018 Ditta Fornitrice: SANIFARM

Rif. Ordine di Acquisto 5-BI-2018-28 del 12/07/18 Rif. DDT 909 del 25/07/2018

Presidio: P.O. A.G. MASTINO - BOSSA Unità Operativa: ANESTESIA E RANITAZIONE

Note: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA**

N° Inventario Biomedicale: 6595 N° Inventario Patrimoniale: \_\_\_\_\_

Apparecchiatura: SISTEMA PER LA GESTIONE DELLE VIE AEREE DIFFICILI

Costruttore: STORZ

Modello: C-MAC Matricola: RR15594

Causale acquisizione:  ACQUISTO  SERVICE  NOLEGGIO  LOCAZIONE  LEASING  DEMO

Durata Garanzia / Tipo: 30 MESI Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo: \_\_\_\_\_

**APPARECCHIATURE A SISTEMA**

N° INV. BIO	N° INV. Patr.	DESCRIZIONE	CoSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA
6596		VIDEOLARINGO D-BLADO	STORZ	8403 HX	SR25572
6597		FLEX. PER INTUBAZIONE	STORZ	11301 BN XK	57453 <del>57543</del>
		CAVO DI CONNESSIONE CMAC PER V. DEOLAV			
		SCATINO PORTA MONITOR			
		CONTAINER PER STERILIZZAZIONE			
		PINZA DA PRESA			
		PINZA DA BIODPSIA			

SUCTION VALVE

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		

RISPONDE A DIRETTIVE E NORME TECNICHE	SI	NO	NA	DATI TECNICI
L'apparecchio è accompagnato da Attestato di Certificazione 93/42/CEE e s.m.i.	X			Tensione di alimentazione <u>12</u> [V]
Classe apparecchiatura ( rif. Dir. 93/42/CEE e s.m.i. ) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2a <input type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 3				Corrente assorbita <u>1,5</u> [A]
L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i. )			X	Potenza assorbita _____ [W]
L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici' 93/42/CEE e s.m.i. )	X			Potenza assorbita _____ [VA]
L'apparecchio è marcato CE ( rif. Dir. 'Dispositivi Medici Implantabili' 90/385 e s.m.i. )			X	Apparecchiatura <input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicale</i> <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Non Medicale</i>
L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva ( specificare )			X	Classe elettrica <input type="checkbox"/> <i>Classe I</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Classe II</i> <input type="checkbox"/> <i>Classe AI</i>
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri ( specificare )			X	Grado di protezione <input type="checkbox"/> <i>Tipo B</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Tipo BF</i> <input type="checkbox"/> <i>Tipo CF</i>
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali norme particolari	X			Morsetto <input type="checkbox"/> <i>Funzionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Equipotenziale</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>N.A.</i>
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari			X	Cavo <input checked="" type="checkbox"/> <i>Separabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Non separabile</i>
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI ( specificare )			X	Gas utilizzato per il funzionamento:
L'apparecchio è conforme alle norme IEC ( specificare )			X	
L'apparecchio è conforme alle norme UNI ( specificare )			X	
NOTE				

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  
2  
3

FLUICE ESA 620

Data ultima taratura

Data ultima taratura

Data ultima taratura

VERIFICHE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI

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

1 - \_\_\_\_\_ 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:

1) L'APPARECCHIATURA RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEA ALL'USO PREVISTO

SI NO

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 30 MESI Data Inizio Garanzia 31/07/2018 Data Fine Garanzia 31/01/2021

L'ESITO DEL COLLAUDO È DA RITENERSI



Positivo



Temporaneamente sospeso



Negativo

NOTE \_\_\_\_\_

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo ROSA in data 31/07/2018 alle ore 12:30

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: GIORGIO PIRAS (firma)

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: GIANNETTO MORINI (firma)

Il Rappresentante della Ingegneria Clinica ( RTI Higea S.p.A ): FEDERICA TICCA (firma)

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

