

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5  
ORISTANO**

Allegato alla Delibera del Direttore Generale N° 43 DEL 21-11-2011

<b>Unità Operativa</b>	<b>Centro di Costo</b>	<b>Apparecchiatura</b>	<b>Ditta contattata</b>	<b>Data Preventivo</b>	<b>Preventivo IVA esclusa</b>	<b>IVA 21%</b>	<b>Preventivo IVA inclusa</b>
Unità Operativa di Radiologia Presidio Ospedaliero di Bosa	5AAG0202A0900	Diagnostica telecomadata Gilardoni	Ditta Gilardoni S.p.A. di Mandello del Lario (LC)	18.11.2011	10.000,00	2.100,00	<b>12.100,00</b>

10.000,00

**10.000,00**



ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

**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°: 3452091 Data: 17-11-2011 Ora: 10,30

**Trasmettere via Fax al seguente numero: 0783-779102 o via email [ingegneriaclinica@asloristano.it](mailto:ingegneriaclinica@asloristano.it)**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte con grafia comprensibile.  
 I dati con l'asterisco sono obbligatori.

<b>Presidio *</b> P.O. BOSA	<b>Unità Operativa/Poliambulatorio *</b> U.O. RADIOLOGIA	<b>Edificio - Piano - Stanza *</b> PIANO TERZA	
<b>N° Inventario *</b> 00002308-9	<b>Matricola *</b>	<b>Descrizione apparecchiatura *</b> TELECOMANDATO "GILARDONI QX" <sup>4</sup>	
<b>Codifica CIVAB</b>	<b>Ditta Manutentrice (se conosciuta)</b> GILARDONI SPA	<b>Proprietà *</b> (Azienda/Service/Altri) ASL N°5	
<b>Persona di reparto da contattare *</b> Telefono/Fax * 0785-225312	<b>Garanzia *</b>	<b>Urgente *</b> X	<b>Contratto *</b>
<b>Sono Presenti apparecchiature sostitutive in reparto?*</b> NO			
<b>L'apparecchiatura è trasportabile con una macchina?*</b> NO			
<b>Descrizione del Malfunzionamento:*</b> ERRORE COZ AKTIV IF10 B2-11			

Referente di Struttura Organizzativa: \*

Sig. A. Mecca

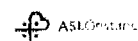
Tel. 0785 225312

Il Richiedente

Antonio Mecca



**Parte riservata al Ricevente**





ASL Oristano

Servizio Sanitario - REGIONE SARDEGNA

**Servizio Ingegneria Clinica**

Prot. 0075072

Oristano lì, 17/11/2011

**OGGETTO:** Richiesta urgente intervento tecnico in contratto di manutenzione **in contratto di manutenzione.**

Fax. 0341735046

Tel. 0341705295

**Spett.le Ditta Gilardoni S.p.A.**  
**Assistenza Tecnica**  
**Via Arturo Gilardoni, 1**  
**23826 Mandello del Lario (LC)**

Si richiede urgentemente un intervento tecnico sull'apparecchiatura **in contratto di manutenzione** di seguito indicata, in dotazione all'Unità Operativa di Radiologia del Presidio Ospedaliero "Mastino" di Bosa.

Tipo apparecchiatura	N° matricola	Difetto riscontrato
Diagnostica Telecomadata Gilardoni QX System		Errore COZ AKTIV IF10B2-11

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 (centralino 0783 3171) e per informazioni tecniche con l'assistente tecnico Valter Piga (0783 317331).

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.

La Ditta dovrà rilasciare o trasmettere via fax al n° 0783 779102 e all'indirizzo e-mail: ingegneriaclinica@aslristano.it e salvatore.seoni@aslristano.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 del suddetto rapporto di lavoro e verifica dovrà essere consegnata al responsabile dell'unità operativa, per essere allegata al libro macchina dell'apparecchiatura.

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.

Certi di una fattiva collaborazione, con l'occasione si porgono i più cordiali saluti.



DIRETTORE SERVIZIO INGEGNERIA CLINICA  
-Ing. Marcello Serra-

Rag. Salvatore Seoni  
0783 317356

**ASL 5 Oristano**

Via Rockefeller snc  
09170 Oristano

Tel 0783317330 Fax 0783779102

[www.aslristano.it](http://www.aslristano.it)

E-mail: [ingegneriaclinica@aslristano.it](mailto:ingegneriaclinica@aslristano.it)

Direttore del Servizio  
Ingegneria Clinica

Dr. Ing. Barbara Podda



cap. soc. int. vers. € 4.800.000,00  
 R.E.A. Milano 003462  
 R.I.M.I. - C.F. e P. IVA 00734000161  
 Iscr. Reg. ABE Nr. IT080200000003457

## S.p.A. • APPARECCHIATURE RADIOLOGICHE E NUCLEARI

Sede 20124 MILANO  
 Piazza Luigi di Savoia 26  
 Tel. +39-02-660.003.0 - +39-02-660.073.7  
 Direzione 23028 MANDELLO DEL LARIO (Lc)  
 • Stabilimento Via Arturo Gilardoni, 1 - Tel. +39-0344-705.111  
 (plurimedico con ricerca autonoma)  
 Fax +39-0344-735.049  
 e-mail: g@gilardoni.it  
 www.gilardoni.it

Filiale 00162 ROMA  
 Via dei Foscari 7  
 Tel. +39-06-442.907.17 - +39-06-442.912.30  
 Fax +39-06-442.912.04  
 Laboratori di Riconoscimento Altamente Qualificati  
 Ricerca con D.M. 010/1085 - L. 40/82 art. 4  
 Azienda Certificata  
 ISO 9001:2008 ISO 13485:2003

CLIENTE : 704234 AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5  
 VIA CARDUCCI, 35  
 09170 ORISTANO OR

N. FAX : 0783/779102

C. A. : ING. MARCELLO BERRA

Allegato n. 3 alla deliberazione  
 n. 743 del 21-11-2011  
 composto di n. 1 fogli.

PREVENTIVO N. 109376 del 18/11/11

Valido fino al ....: 18/11/11

NOSTRO RIF. : SM/LL RIF. CHIAMATA: 40070

VOSTRO RIF. :

PAGAMENTO ..: Bonifico Bancario 60 gg. D.F.

Codice	Descrizione	Q.tà	Importo unit.	Importo tot.
	SOSTITUZIONE CUFFIA RADIOGENA SU SALA RADIOLOGICA TELECOMANDATA MODELLO "DILOGIX-QX/A" INSTALLATA C/O IL P.O. DI BOGA. DATA INTERVENTO: pronta, a seguito di Vostra accettazione.	1,00 NO	10000,00000	10.000,00
			Totale : EURO	10.000,00 +IVA

A disposizione per eventuali delucidazioni, in attesa di vostro ordinativo in merito, cogliamo occasione per porgerVi i nostri più distinti saluti.

GILARDONI S.P.A.  
 Servizio Assistenza tecnica

OK

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