

**Servizio Sanitario
REGIONE SARDEGNA**

S.C. Servizio Ingegneria Clinica

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

Prot. NP/2018/ 27845 del 13.04.2018

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

Direttore S.C. Area Giuridico Amministrativa di Oristano

e P.C. *Dott. Giovanni Tolu*

Direttore U.O. Anatomia Patologica

LORO SEDI

OGGETTO: Trasmissione Certificato di regolare esecuzione per l'affidamento in lotto unico della fornitura chiavi in mano di cappe chimiche e arredi da laboratorio per la U.O. Anatomia Patologica del P.O. San Martino di Oristano. CIG: 70835244EC

Premesso che:

- ✓ con Determinazione Direttore ASSSL di Oristano n.352 del 17/05/2017 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 per la cifra presunta di €.60.000,00 oltre Iva;
- ✓ con Determinazione Direttore ASSSL di Oristano N. 656 DEL 02/08/2017 veniva disposta la aggiudicazione della fornitura delle attrezzature di cui in oggetto a favore della Ditta AHSI SpA per l'importo complessivo di €.56.268,00 oltre Iva di legge;
- ✓ 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 16 Marzo 2018 la Ditta offerente ha fornito, posizionato le attrezzature e terminato i lavori oggetto della fornitura e di cui l'allegato elenco approvato che è parte

**Servizio Sanitario
REGIONE SARDEGNA**

S.C. Servizio Ingegneria Clinica

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

integrante del presente documento

- ✓ Viste le certificazioni degli impianti elettrici ed idrici fornite dal Direttore del Servizio Nuove Opere e depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Viste tutte le certificazioni inerenti la fornitura in esame presentate dalla Ditta AHSI e depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visti gli allegati verbali di collaudo n.26/18, n.27/18, n.28/18, n.29/18, n.30/18 del 16/03/2018 inerenti la fornitura delle attrezzature elettromedicali e redatti a cura del Servizio Ingegneria Clinica e facenti parte integrante del presente documento
- ✓ Visto l'allegato parere favorevole del Direttore della U.O. di Anatomia Patologia, facente parte integrante del presente documento, comprovante la funzionalità e la corrispondenza all'ordine degli arredi tecnici da laboratorio.

Tutto ciò premesso si attesta la conformità delle attrezzature fornite e di cui in allegato 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

Allegati :

- ✓ Collaudi tecnici/amministrativi
- ✓ Parere di conformità Direttore UO Anatomia Patologica
- ✓ Elenco attrezzature fornite

Cordiali Saluti

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



VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE

ID COLLAUDO 26

Data 16/3/2018

[Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017]

RIFERIMENTO PRATICA

N° DET/DEL: DET 656 2/08/2015 Ditta Fornitrice: AHSI

Rif. Ordine di Acquisto _____ Rif. DDT _____

Presidio: P.O SAN MARTINO OR Unità Operativa: ANATOMIA PATOLOGICA

Note: _____

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA

N° Inventario Biomedicale: 6431 N° Inventario Patrimoniale: _____

Apparecchiatura: CAPPA CHIMICA

Costruttore: BICASA

Modello: EVOLITE ~~ORISTANO~~ 120 Matricola: 5011549

Causale acquisizione: ACQUISTO SERVICE NOLEGGIO LOCAZIONE LEASING DEMO

Durata Garanzia / Tipo: 24 mesi Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo: _____

APPARECCHIATURE A SISTEMA					
N° INV. BIO	N° INV. Patr.	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA

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>235</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 _____ [A]
L'apparecchio è marcato CE (rif. Dir. 'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i.)				Potenza assorbita <u>3,5 K</u> [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.)				Apparecchiatura <input type="checkbox"/> <i>Medicale</i> <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Non Medicale</i>
L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva (specificare) <u>EN 14175 2003</u>	X			Classe elettrica <input type="checkbox"/> <i>Classe I</i> <input type="checkbox"/> <i>Classe II</i> <input type="checkbox"/> <i>Classe AI</i>
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri (specificare) <u>PART 2-3-6</u>			X	Grado di protezione <input type="checkbox"/> <i>Tipo B</i> <input 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		X	Morsetto <input type="checkbox"/> <i>Funzionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Equipotenziale</i> <input type="checkbox"/> <i>N.A.</i>
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari			X	Cavo <input type="checkbox"/> <i>Separabile</i> <input checked="" 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 <u>Federica Ticca</u>
Esito positivo	X		Tecnico Esecutore 2
Rif. Strumenti di misura	1	<u>FLUKE ESA 620</u>	Data ultima taratura <u>7/2019</u>
	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 UNITÀ OPERATIVA

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 24 mesi Data Inizio Garanzia 16/3/2018 Data Fine Garanzia 16/3/2020

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

NOTE _____

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo ORISTANO in data 20/3/2018 alle ore 12

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

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: CORRADO VALENZANO _____ (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)

VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

ID COLLAUDO 27

Data 16/3/2018

[Modulo A - Rev. 00 del 25.09.2017]

RIFERIMENTO PRATICA
 N° DET/DEL: DET 656 2/08/2015 Ditta Fornitrice: AHSI
 Rif. Ordine di Acquisto _____ Rif. DDT _____
 Presidio: P.O. SAN MARTINO OR Unità Operativa: ANATOMIA PATOLOGICA
 Note: _____

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA
 N° Inventario Biomedicale: 6432 N° Inventario Patrimoniale: _____
 Apparecchiatura: CAPPA chimica
 Costruttore: BICASA
 Modello: EVOLITE 120 Matricola: 501160
 Causale acquisizione: ACQUISTO SERVICE NOLEGGIO LOCAZIONE LEASING DEMO
 Durata Garanzia / Tipo: 24 mesi Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo: _____

APPARECCHIATURE A SISTEMA

N° INV. BIO	N° INV. Patr.	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA

ERROR: undefined
OFFENDING COMMAND: Pscript_

STACK: