

Vs. riferimento
 Ns. riferimento 2023/00369-00370-00399
 Ns. sigle 2023-01030928
 Data 01/03/2023

Spett.le
Azienda USL di Pescara
UOC Ingegneria Clinica - HTA
 via Paolini, 47
 65124 Pescara

c.a. Ing. D. Rinaldi
Ing. V. Lo Mele

OGGETTO: **2023-01030928 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2023/00369-00370-00399**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto elencata siamo a riportare di seguito il dettaglio per la richiesta:

- U
- 2023/00369 del 09/02/2023: Ventilatore polmonare Resmed Astral 150 c/o UOC Pneumologia del PO di Pescara, inv. E009365, richiesta reparto: "cavo alimentatore corrente", siamo intervenuti riscontrando che l'alimentatore risulta smarrito e pertanto, è necessaria la fornitura di uno nuovo e la sostituzione del filtro aria.
 - 2023/00370 del 09/02/2023: Ventilatore polmonare Resmed Astral 150 c/o UOC Pneumologia del PO di Pescara, inv. E011081, richiesta reparto: "cavo alimentatore corrente", siamo intervenuti riscontrando che l'alimentatore risulta smarrito e pertanto, è necessaria la fornitura di uno nuovo e la sostituzione del filtro aria e dell'adattatore doppio tubo.
 - 2023/00399 del 13/02/2023: Monitor Multiparametrico Nihon Kohden, PVM 4763 c/o la UOC Medicina e chirurgia di accettazione ed urgenza del Po di Pescara, inv. E012583, in garanzia, richiesta reparto: "prolunga saturimetro non funzionante", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.

Pertanto ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura di quanto riportato in elenco, applicando un ricarico del prezzo del ricambio del 10% ed includendo nel canone la manodopera del personale interno utilizzato per l'installazione ed il ripristino del funzionamento delle apparecchiature:

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo Totale
3	Tutte	Installazione e controllo funzionale	240 €	0 €
1	2023/00369	Alimentatore Resmed	373,00 €	373,00 €
1	2023/00370	Alimentatore Resmed	373,00 €	373,00 €
1	2023/00399	Cavo prolunga completo	280,00 €	280,00 €
PREZZO TOT			1.026,00 €+ IVA	

Distinti saluti
 La Direzione Tecnica

Associazione Temporanea d'Impresa
 Siemens Healthcare srl
 Hospital Consulting spa
 Marifarma FM srl
 c/o Azienda USL di Pescara
 Via Paolini, 47
 65100 Pescara
 tel. 085.4252963 fax 085.4252964

pagina 1 di 1



AZIENDA U.S.L. DI PESCARA
SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Inviare via mail a assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 09/02/2023
Richiedente: BUONAGIUNTO MARIALUISA Numero:
Presidio/Distretto: PESCARA Telefono: 2382
Reparto: PNEUMOLOGIA
Inventario N.PE/: E009365 (Obbligatorio se presente)
 Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: VENTILATORE RESMED ASTRAL
Ditta Costruttrice: SIEMENS
Modello: ASTRAL 150 MT3M3U Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
 manutenzione ordinaria + cavo alimentare corrente

STRAORDINARIA

FIRMA RICHIEDENTE:

AUSL PESCARA
 U.O. Pneumologia
 Cont. Infermieristico
 Dott. Maria Luisa BUONAGIUNTO

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2023/00369 CLAUDIO
 Garanzia: Ditta: Telefono:
 Comodato/Leasing/Service: Contatto: Intervento previsto il:
 Convenz. non di Proprietà: Preventivo N° Data Preventivo:
 Non competenza ATI: Inoltrato a: Data Inoltrato:

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....

AUSL Pescara
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2023/00369/02		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 22/02/2023	Ora Inizio 11:21	Data Fine 22/02/2023	Ora Fine 11:51

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E009365		Presidio PO Pescara	
Descrizione VENTILATORE POLMONARE PER USO EXTRAOSPEDALIERO PER SUPPORTO VITALE		Reparto UOC PNEUMOLOGIA	
Costruttore RESMED LTD		Stanza PALAZZINA C 3 Livello 5 PNEU - Livello 5 Pneumologia - Covid Hospital	
Modello ASTRAL 150		Matricola 22201136423	Inventario Ente 90995


GUASTO RICONTRATO	
alimentatore mancante	


DESCRIZIONE INTERVENTO	
sostituito filtro aria e alimentatore	
Ore lavoro 00:30	Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
27966	alimentatore resmed	1	NO
nn	filtro aria	1	NO

ESITO INTERVENTO	
[RI] - Richiesta evasa	
<small>Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dismissione</small>	

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Mosca Claudio	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
silvestri Francesca maria	



AZIENDA U.S.L. DI PESCARA
SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE

Inviare via mail a assistenzamedicale.pescara@ism-sms.it
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 09/02/2023

Richiedente: BUONAGIUNTO MARIALUISA **Numero:**

Presidio/Distretto: PESCARA **Telefono:** 2382

Reparto: PNEMOLOGIA PESCARA

Inventario N.PE/: E011081 (Obbligatorio se presente)

Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura: VENTILATORE RESMED

Ditta Costruttrice: SIEMENS

Modello: ASTRAL 150 MT4XE9 **Matricola/Seriale:**

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
~~MANUTANZIONE ORDINARIA~~+ CAVO ALIMENTATORE

STRAORDINARIA

AUSL PESCARA
 UOC Pneumologia
 Dott. ssa Maria Luisa BUONAGIUNTO

FIRMA RICHIEDENTE:

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: **2023/00370** **CLAUDIO**

Garanzia: **Ditta:** **Telefono:**

Comodato/Leasing/Service: **Contatto:** **Intervento previsto il:**

Convenz. non di Proprietà: **Preventivo N°** **Data Preventivo:**

Non competenza ATI: **Inoltrato a:** **Data Inoltrato:**

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/00370/02
 Data Inizio 22/02/2023 Ora Inizio 12:07
 Tipo Straordinaria
 Data Fine 22/02/2023 Ora Fine 13:07

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E011081
 Presidio PO Pescara
 Descrizione VENTILATORE POLMONARE PER USO EXTRAOSPEDALIERO PER SUPPORTO VITALE Reparto UOC PNEUMOLOGIA
 Costruttore RESMED LTD Stanza PALAZZINA C | 3 | Livello 5 PNEU - Livello 5 Pneumologia - Covid Hospital
 Modello ASTRAL 150 Matricola 22201331451 Inventario Ente

GUASTO RISCONTRATO

alimentatore smarrito

DESCRIZIONE INTERVENTO

effettuata manutenzione ordinaria e si consegna nuovo alimentatore

Ore lavoro 01:00 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
27966	alimentatore resmed	1	NO
27980	adattatore doppio tubo	1	NO
nn	filtro aria	1	NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dimissione

Si dichiara che il lavoro sopradescripto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Mosca Claudio

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

silvestri Francesca maria

Firma





AZIENDA U.S.L. DI PESCARA
SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE
 Inviare via mail a assistenzedimedicali.pescara@ism-sms.it
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 13/02/2023
Richiedente: BIANCHI MARIA GRAZIA
Presidio/Distretto: PE
Reparto: M.C.A.U.
Inventario N.PE/: E012583 (Obbligatorio se presente)
 Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: MULTIPARAMETRICO
Ditta Costruttrice: NIHON KODEN
Modello: **Matricola/Seriale:**

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

PROLUNGA SATURIMENTO NON FUNZIONANTE

STRAORDINARIA

FIRMA RICHIEDENTE: BIANCHI M.G.

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

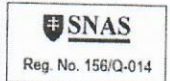
Contratto ATI N° ODL: 2023/00399 SACHA
Garanzia: Ditta: Se FORNITURE Telefono:
Comodato/Leasing/Service: Contatto: Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà: Preventivo N° Data Preventivo:
Non competenza ATI: Inoltrato a: Data Inoltrato:

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....

AVVIGATO E



SC FORNITURE OSPEDALIERE S.R.L.
 Via Galileo Galilei, 33 - 63822 Porto San Giorgio (FM)
 Tel. 0734 673043 - Fax. 0734 672604
 Codice fiscale e Partita Iva 02025770443- REA: FM 191721
 www.scfornitureospedaliere.it - info@scfornitureospedaliere.it



DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.P.R. 472 del 14/8/96)

Vs. riferimento

4519927951/404S del 21/02/2023

Spett.le

SIEMENS HEALTHCARE SRL
VIA VIPITENO, 4
20128 MILANO (MI) Italia

Cod. Cli.	Partita IVA	Codice fiscale	Riferimento Telefonici	Numero D.D.T.	Data D.D.T.	Pag.
C334	IT12268050155	04785851009		0104/2023	21/02/2023	1 Di 1

Codice	Descrizione	U.M.	Quantità	S/P
K931	Rif. Ns. Conferma Ordine 2023/0118/V V.2 del 21/02/2023, Vs. Ordine 4519927951/404S - Saldo Ordine CAVO CONNESSIONE COMPLETO PER SENSORI SPO2 MONOUSO E RIUTILIZZABILI Lotto S/N: 84026469	Pz	1,00	S

N. Colli	Peso	Causale del trasporto	Aspetto dei beni	Data del trasporto	Ora del trasporto
1		Spedizione Ordini	BUSTA	21/02/2023	18:30
Trasporto a cura di MITTENTE		Incaricato del trasporto <i>FIRMA CARLOMARIO</i>		Porto PORTO FRANCO	
Destinazione della merce					
SIEMENS HEALTHCARE SRL LABORATORIO ATI C/O OSPEDALE S.SPIRITO VIA PAOLINI, 45 65124 Pescara (PE) Italia					

FIRMA del conducente/vettore

FIRMA del destinatario

A.T.I.
 SIEMENS - H.C. HOSPITAL CONSULTING MARIFARMA FM
 C/O A.U.S.L. PESCARA
 Via Paolini, 47 - 65124 PESCARA
 Tel. 085 4257955 - Fax 085 4252364

AUSL Pescara
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/00399/05 **Tipo** Straordinaria
Data Inizio 23/02/2023 **Ora Inizio** 12:00 **Data Fine** 23/02/2023 **Ora Fine** 12:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E012583 **Presidio** PO Pescara
Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR **Reparto** UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA
Costruttore NIHON KOHDEN CORP **Stanza** PE | TERRA | Nuovo PS Pronto Soccorso
Modello PVM 4763 **Matricola** 3519 **Inventario Ente** 95249

GUASTO RISCONTRATO

prolunga saturimetro non funzionante

DESCRIZIONE INTERVENTO

si consegna nuova prolunga spo2

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
nihon kohden	jl 900p	1	NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dismissione

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Firma

Crisante Sacha



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

bianchi

