

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2022/02976-2023/00341  
Ns. sigle 2023-10020940  
Data 10/02/2023

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: 2023-10020940 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2022/02976-2023/00341.**

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

- 2022/02976 del 16/12/2022: Riunito Dentistico Fona 2000L c/o UOS Odontoiatria Territoriale del PO di Pescara, inv. E003137, richiesta reparto: "Turbina e micromotore non esce acqua, perdita acqua all'attacco della turbina", siamo intervenuti riscontrando quanto indicato dal reparto e successivamente fatto un sopralluogo con la ditta specializzata per la quale abbiamo già effettuato l'ordine per la riparazione del riunito, che sarà a carico dell'ATI. In questa riparazione è necessaria anche la sostituzione del filtro batterico anti-legionella (presente nell'allegato C).
- 2023/00341 del 07/02/2023: Defibrillatore Nihon Kohden, AED 2151 c/o la Chirurgia Endoscopica del Po di Popoli, inv. E006023, richiesta reparto: "dal 06/02/23 sul display solo due indicatori di carico sostituzione batteria?", 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
6	Tutte	Installazione e controllo funzionale	480 €	0 €
1	2022/02976	Filtro batterico anti-legionella	500,00 €	500,00 €
1	2023/00341	Batteria orig. AED-2100	400,00 €	400,00 €
<b>PREZZO TOT</b>			<b>900,00 €+ IVA</b>	

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**

**RICHIEDITA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

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

**DETTAGLIO RICHIEDITA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 16/12/2022 Numero: \_\_\_\_\_  
 Richiedente: Piomino VAGLIA Telefono: 2706  
 Presidio/Distretto: ASL PESCARA  
 Reparto: ODONTOIATRIA  
 Inventario N.PE./: ECO 3137 / ECO 3101 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: RUMTO BLU + RUMTO CELESTE  
 Ditta Costruttrice: \_\_\_\_\_  
 Modello: \_\_\_\_\_ Matricola/Seriale: \_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente  
R. BLU -> TURBINA E MICROTOROGE -> NON ECCE ACQUA  
R. CELESTE -> PERDITA D'ACQUA ALL'ATTACCO DELLA TURBINA

**FIRMA RICHIEDENTE:**

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**ASL PESCARA**  
 U.O.S. ODONTOIATRIA TERRITORIALE  
 Dirigente Responsabile  
 Dott. Gianfranco RICCI  
 Matr. 8678

Contratto ATI 6 N° ODI: 2022/02P76  
 Garanzie:  Ditta: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Comodato/Leasing/Service:  Contatto: \_\_\_\_\_ Intervento previsto il: \_\_\_\_\_

*Met...*



Assistenza Tecnica Dentale

SEDE/DEPOSITO: Viale Amendola, 230  
66020 San Giovanni Teatino (CH)  
Tel. 085-4324747  
Partita IVA: 01354050682  
Mail: roberto.pardi@libero.it  
Sito: www.robertopardi.it

NUMERO BOLLA N° 07193	DATA BOLLA 03/04/23
CLIENTE SIGMENS HEALTH CARE	
VIA/PIAZZA	
CITTA' PESCARA	
ALTRI RIFERIMENTI CLIENTE P.O. PESCARA AMBULATORIO ODONTOIATRIA	

SDI/PEC	ORDINE CLIENTE	DATA ORDINE	TIPO INTERVENTO SERVICES	TIPO APPARECCHIO PENA 2000 L	MATRICOLA	PRATICA
DESCRIZIONE LAVORO SVOLTO ESEGUITA SOSTITUZIONE VALVOLE CHIUSURA H2O E ARIA BASE RIUNITO CORDONI TURBINA E MICROMOTORI GUARNIZIONI GIUNZIONE DISTRIBUTORI ARIA ACQUA, FILTRI ANTI LEGIONELLA VALVOLINI SPRAY CONTROLLO MICROMOTORE RIUNITO N.1 PROVE FUNZIONAMENTO OK						

QUANTITA' PRELEVATA	QUANTITA' UTILIZZATA	DESCRIZIONE	NR. LISTINO	PREZZO UNITARIO	VARIE
04	04	CORDONI TURBINA			
01	01	CORDONE MICROMOTORE			
04	04	VALVOLINI			
04	04	GUARNIZIONI			
02	02	FILTRI ANTI LEGIONELLA			
04	04	ORU TURB KAUO			
04	04	RUBINETTI ARIA/ACQUA BASE			

DIRITTO DI CHIAMATA  x ....  DIRITTO D'URGENZA  ORE VIAGGIO  Km PERCORSI

DATA	ORE LAV.	ORE VIAG.	ORE ATT. IN	Km	DESCRIZIONE SPESE	IMPORTO SPESE
03/04	7	0.16		10		

FINITO Il lavoro sopradescritto è stato di  
mia piena soddisfazione e l'ap-  
parecchio mi è stato consegnato in piena effi-  
cienza, per il successivo impiego sotto la mia  
usuale responsabilità.  
 NON FINITO Confermo il tempo di lavoro e/o  
attesa al lato indicato.

NOTE:

FATTURARE  NON FATTURARE  GARANZIA  GRATIS

Il Tecnico è autorizzato all'incasso di questo intervento e del materiale fornito, rilascia la presente quale ricevuta, cui seguirà fattura regolarmente assoggettata ad IVA e dichiara di ricevere a saldo della presente prestazione la somma di:

FIRMA TECNICO  
Stefano Lorenzi

FIRMA CLIENTE  
Assente

PER QUIETANZA

Nel caso il pagamento non avvenga a mezzo di rimessa diretta si autorizza la ditta Pardi Roberto ad emettere B.B. comprensivo di spese, relativo al presente intervento, con le seguenti modalità:



**AZIENDA U.S.I. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

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

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 07/02/2023  
**Richiedente:** DR M. BASILE **Numero:** .....  
**Presidio/Distretto:** PO POPOLI **Telefono:** 0859898413  
**Reparto:** CHIRURGIA ENDOSCOPICA  
**Inventario N.PE/:** E006023 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** DEFIBRILLATORE  
**Ditta Costruttrice:** NIHON KOHDEN CORP  
**Modello:** AED 2151 **Matricola/Seriale:** 16475441

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente DAL 06/02/2023 DUL DISPLAY SOLO DUE INDICATORI DI CARICO (spie luminose) SOSTITUZIONE BATTERIA?

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

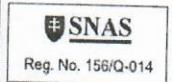
**FIRMA RICHIEDENTE:**

Contratto ATI  N° ODL: 2023/00341 **Stefano**  
 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).....  
 STRAORDINARIA - ALLEGATO C



**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**

4519896430/404S del 08/02/2023

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.
<b>C334</b>	<b>IT12268050155</b>	<b>04785851009</b>		<b>0105/2023</b>	21/02/2023	1 Di 1

Codice	Descrizione	U.M.	Quantità	S/P
	Rif. Ns. Conferma Ordine 2023/0100/V del 08/02/2023, Vs. Ordine 4519896430/404S - Saldo Ordine			
SB-214VK- (X217A)	BATTERIA SB-214VK (X217A) CON QUATTRO ANNI DI AUTONOMIA PER AED-2100 NUOVA VERSIONE PER TUTTE LE MATRICOLA DA 05128 Lotto S/N: 0001549608	Pz	1,00	S

2023/00342

N. Colli	Peso	Causale del trasporto	Aspetto dei beni	Data del trasporto	Ora del trasporto
1		<b>Spedizione Ordini</b>	BUSTA	02/03/2023 <del>21/02/2023</del>	12:00
Trasporto a cura di		Incaricato del trasporto		Porto	
MITTENTE		FORTEVINI		PORTO FRANCO	
<b>Destinazione della merce</b>					

**SIEMENS HEALTHCARE SRL**  
 LABORATORIO ATI C/O OSPEDALE S.SPIRITO  
 VIA PAOLINI, 45  
 65124 Pescara (PE) Italia

FIRMA del conducente/vettore \_\_\_\_\_

ATI  
 SIEMENS H.C. HOSPITAL CORP  
 FIRMA del destinatario \_\_\_\_\_  
 VIA PAOLINI, 45  
 65124 Pescara (PE) Italia  
 Tel. 085 4252933 - Fax 0

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/00341/05

Data inizio 06/03/2023

Ora inizio 12:50

Tipo Straordinaria

Data Fine 06/03/2023

Ora Fine 13:10

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E006023

Descrizione DEFIBRILLATORE

Costruttore NIHON KOHDEN CORP

Modello AED 2151

Presidio PO Popoli

Reparto UOSD CHIRURGIA ENDOSCOPICA

Stanza NUOVO PADIGLIONE | 5 | SALA GRANDE

Matricola 00134

Inventario Ente 670084938

GUASTO RISCOTRATO

Sul display ci sono 2 indicatori di carica spia luminosa

DESCRIZIONE INTERVENTO

Si sostituisce batteria. Prova di funzionamento generale ok

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
SB-214VK	Batteria non ricaricabile	01	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

Campilli Stefano

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Di Prata Antonella

Firma

