

Vs. riferimento  
 Ns. riferimento 2023/00913-00975-00905-00818  
 Ns. sigle 2023-18040927  
 Data 18/04/2023

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: 2023-18040927 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2023/00913-00975-00905-00818**

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

- 2023/00913 del 08/04/2023: Ortopantomografo sirona XG 3D c/o UOC Radiologia del PO di Popoli, inv. E006474, richiesta reparto: "per smarrimento si richiedono dispositivo antimorso (10 pezzi) e bastoncino occlusale (5 pezzi)".
- 2023/00975 del 14/04/2023: Registratore su carta HP Officejet 100 mobile c/o UOC Pneumologia del PO di Pescara, inv. E013361, richiesta reparto: "mancanza cartucce", siamo intervenuti riscontrando la necessità di fornitura delle stesse.
- 2023/00905 del 06/04/2023: Pulsossimetro Masimo Rad 97 c/o UOC Chirurgia Toracica del PO di Pescara, inv. E013416, in garanzia, richiesta reparto: "non rileva la saturimetria", siamo intervenuti riscontrando che il sensore è guasto e pertanto necessita la sostituzione.
- 2023/00818 del 28/03/2023: Spirometro Sensormedics V Max 229 c/o UOC Pneumologia del PO di Pescara, inv. E008045, richiesta reparto: "sostituzione permapure", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione dello stesso (Trattasi di sistema spirometrico coperto da contratto di comodato tra la Menarini e la AUSL di Pescara).

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
4	tutte	Installazione e controllo funzionale	480 €	0 €
1	2023/00913	Dispositivo anti morso 10 pz	120,00 €	120,00 €
1		Dispositivo astina 5 pz	85,00 €	85,00 €

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

1	2023/00975	Cartuccia originale colore	50,00 €	50,00 €
1		Cartuccia originale b/n	60,00 €	60,00 €
1	2023/00905	Sensore SpO2 Masimo	285,00 €	285,00 €
1	2023/00818	Tubo permature gas	450,00 €	450,00 €
<b>PREZZO TOT</b>			<b>1.050,00 €+ IVA</b>	

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica

Unrestricted Associazione Temporanea d'Impresa  
Siemens S.p.A.  
Hospital Consulting S.p.A.  
Philips Medical System S.p.A.  
c/o Azienda USL di Pescara  
Via Paolini, 47  
65100 Pescara  
tel. 085.4252963 fax 085.4252964

**SIEMENS**  
**Healthineers**



**MAJAFARMA FM**  
Health Facility Management

## Dettaglio richiesta - 2023/00913 Tipo - Straordinaria

<b>Data</b> 08/04/2023 07:54	<b>Data guasto</b> 07/04/2023	<b>Data ripristino</b>
<b>Richiedente</b> Roberto La Civita	<b>Altro richiedente</b>	
<b>Tecnico assegnatario</b>	<b>Contratto</b> 0836 - SIC - Siemens Healthcare Srl	
<b>Guasto segnalato</b> Per smarrimento si richiedono i seguenti elementi (indispensabili all'esecuzione degli esami odontoiatrici):		
-- "dispositivo antimorso (10 pezzi) num. d'ordinazione 180880887",		
-- "bastoncino occlusale (5 pezzi) num. d'ordinazione 180880895".		
Num. interno 8253.		
T.S.R.M. La Civita Roberto.		

**Note**

### Anagrafica apparecchio

<b>Apparecchio</b> E006474	<b>CIVAB</b> C64SYG@5	<b>Inventario ente</b> 670070179
<b>Struttura</b> PO Popoli	<b>Ubicazione</b> Via Saffi, 118 Popoli (PE)	
<b>Padiglione</b> VECCHIO PADIGLIONE	<b>Piano</b> 1	
<b>Reperto</b> UOC RADIOLOGIA	<b>Stanza</b> RX 2	
<b>Costruttore</b> SIRONA DENTAL SYSTEMS GMBH	<b>Modello</b> ORTHOPHOS XG 3D	<b>Matricola</b> 49199
<b>Descrizione</b> ORTOPANTOMOGRAFO DIGITALE		
<b>Centro di costo</b> PO - RADIOLOGIA		

### Dettagli interventi

Data	Codice	Guasto riscontrato	Esito
11/01/2023	2022/02876/04	Consegna materiale	RI - Richiesta evasa
10/01/2023	2022/02876/03		NR - Riparato da consegnare
06/12/2022	2022/02876/02		NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi
05/12/2022	2022/02876/01		NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi
14/07/2022	2022/01493/06	anomalia acquisizione immagine	RI - Richiesta evasa

RDL 2023/00913

Tipo: STRAORDINARIA

**DOCUMENTO DI TRASPORTO N° 159**  
**Data di spedizione : 02/05/2023**

**DESTINATARIO:**  
**SIEMENS HEALTHCARE S.r.l.**

**Via Vipiteno, 4**  
**20128 MILANO**

**LUOGO DI DESTINAZIONE:**

**A.T.I. SIEMENS PESCARA**

CAUSALE DEL TRASPORTO  
**VENDITA**

Q.TA'	DESCRIZIONE
1(uno)	DISPOSITIVO ANTI-MORSO conf. 10pz
1(uno)	DISPOSITIVO ASTINA conf. 5pz Prev. 3821

Vs. Ordine di Acquisto n. 4520075902 / 404S del 14/04/2023

*ROL 2023/00923*

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	N° COLLI	PESO KG	PORTO
SCATOLA	1	0,500	ASSEGNATO
VETTORE: ditta, domicilio, residenza		ORA	DATA RITIRO
CONSEGNA A MEZZO	CEDENTE	FIRMA DEL CONDUCENTE	
ANNOTAZIONI - VARIAZIONI		<b>A.T.I.</b> <b>SIEMENS H.C. HOSPITAL CONSULTING-MARIFARMA FM</b> <b>C/O A.T.I. PESCARA</b> <b>Via Raolmi, 47 - 65124 PESCARA</b> <b>Tel. 085 4252963 - Fax 085 4252964</b>	

*03/05/23*

**RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE**

**DETTAGLI INTERVENTO**  
**Codice** 2023/00913/04 **Data Inizio** 05/05/2023 **Ora Inizio** 11:00 **Tipo** Straordinaria **Data Fine** 05/05/2023 **Ora Fine** 11:30

**DETTAGLI APPARECCHIATURA**  
**Codice Apparecchio** E006474 **Presidio** PO Popoli  
**Descrizione** ORTOPANTOMOGRFO DIGITALE **Reparto** UOC RADIOLOGIA  
**Costruttore** SIRONA DENTAL SYSTEMS GMBH **Stanza** VECCHIO PADIGLIONE | 1 | RX 2  
**Modello** ORTHOPHOS XG 3D **Matricola** 49199 **Inventario Ente** 670070179

**GUASTO RISCONTRATO**  
 richiesta materiale


**DESCRIZIONE INTERVENTO**  
 consegna materiale  
**Ore lavoro** 00:30 **Ore viaggio** 00:00


**MATERIALI IMPIEGATI**

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1888895	ers aufbiss staebchen	5	NO
1888887	bite block	10	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** Vecchiarelli Luca  
**Firma** 

**UTENTE PER PRESA VISIONE**  
**Cognome Nome** Roberto La Civita  
**Firma** 

## Dettaglio richiesta - 2023/00975 Tipo - Straordinaria

**Data** 14/04/2023 14:44  
**Richiedente** Gianni Di Iuzio  
**Tecnico assegnatario**  
**Guasto segnalato** Mancanza Cartucce  
**Note**

**Data guasto**  
**Altro richiedente**  
**Contratto** 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA

**Data ripristino** 14/04/2023 15:01

## Anagrafica apparecchio

**Apparecchio** E013361  
**Struttura** PO Pescara  
**Padiglione** PALAZZINA C  
**Reparto** UOC PNEUMOLOGIA  
**Costruttore** HEWLETT PACKARD CO

**CIVAB** RCAHPi€€  
**Ubicazione** Via Fonte Romana, 8 Pescara  
**Piano** 3  
**Stanza** Livello 5 PNEU - Livello 5 Pneumologia - Covid Hospital  
**Modello** OFFICEJET 100 MOBILE  
**Printer**

**Inventario ente** A002360  
**Matricola** MY62NF10CX

**Descrizione** REGISTRATORE SU CARTA  
**Centro di costo**

## Dettagli interventi

Data	Codice	Guasto riscontrato	Esito
14/04/2023	2023/00975/01		NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi
09/03/2023	2023/P01305/01	Nessuno - Attività programmata	RI - Richiesta evasa
09/03/2023	2023/V01445/01		RI - Superato

STRAORDINARIO  
AUGUSTO C  
Causa non RI

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/00975/03  
 Data Inizio 28/04/2023 Ora Inizio 12:41  
 Tipo Straordinaria  
 Data Fine 28/04/2023 Ora Fine 12:56

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E013361  
 Presidio PO Pescara  
 Descrizione REGISTRATORE SU CARTA Reparto UOC PNEUMOLOGIA  
 Costruttore HEWLETT PACKARD CO Stanza PALAZZINA C | 3 | Livello 5 PNEU - Livello 5 Pneumologia - Covid Hospital  
 Modello OFFICEJET 100 MOBILE PRINTER Matricola MY62NF10CX Inventario Ente A002360

GUASTO RISCONTRATO

vedi descrizione intervento

DESCRIZIONE INTERVENTO



si consegna stampante  
 Ore lavoro 00:15 Ore viaggio 00:00

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		UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma	Cognome Nome	Firma
Mosca Claudio		pierpaolo prosperi	



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

Inviare via mail a [assistenzedimedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzedimedicali.pescara@ism-sms.it)

via FAX (int):2964 (est):085-4252964

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

**Data Richiesta:** 06/04/2023  
**Richiedente:** sabrina manzoli  
**Presidio/Distretto:** po pescara  
**Reparto:** chir toracica  
**Inventario N.PE/:** E013416 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** monitor multiparametrico  
**Ditta Costruttrice:** Masimo  
**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** .....

**Numero:** .....  
**Telefono:** 2366

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

non rileva la saturimetria

nb: rientrato dalla riparazione il g 04/04/2023

**FIRMA RICHIEDENTE:**

AZIENDA U.S.L. PESCARA  
 U.O.C. Chir. Toracico n° 018  
 Guardia Medica  
 Dott.ssa Sabrina Manzoli

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

**Contratto ATI**  N° ODL: 2023/00905      GPBMELE

**Garanzia:**  Ditta: S.C. MEDICAL SERVICE      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).....

STIPANDO DINA/A - ALLEGATO C



Codice Fornitore: Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **2426** Del **13/04/2023** Pag. **1**

**Destinatario/Sede Legale:**  
 SIEMENS HEALTHCARE Srl

Via Vipiteno 4  
 20128 Milano ( MI ) ( IT )  
 Partita IVA o codice fiscale IT 12268050155

**Destinazione merce:**  
 SIEMENS HEALTHCARE Srl  
 C/AUSL Pescara - Osped. Santo Spirito  
 Via Paolini, 45

65124 Pescara ( PE ) ( IT )

Codice Articolo	Codice	Descrizione Articolo	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
UNITA' ACCONTO 1794025	OPERATIVA VS ORDINE N°	SIC PESCARA 4520063898/404S Rif.offerta n.: 5563 del 07/04/2023 SENSORE SpO2 RD SET DCI MASIMO ORIG. - 90cm	22N6V	Pz 1,00		

*RD  
 2023/00905*

Peso netto      Peso lordo      Annotazioni Generiche: **viaggia con ddt 2425 e 2424**      Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA**      Numero colli: **1**

CORRIERE: **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:**  
 Vettore **Franco**      DATA/ORA RITIRO **13/04/2023 13:15**      Timbro e Firma Conducente:  
 01 GLS      Strada dei Laghi 4/6/8 53035 Monteriggioni SI      *[Firma]*

Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballaggio visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettano contestazioni e/o resi, superati otto (8) giorni dal ricevimento della spedizione. Il reso merce è soggetto ad una regolamentazione interna e deve essere tassativamente autorizzato da Omniacell Tertia Srl. Si informa inoltre che la merce viaggia a rischio e pericolo del destinatario se spedita in porto assegnato.

AUSL Pescara  
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
<b>Codice</b> 2023/00905/05		<b>Tipo</b> Straordinaria	
<b>Data Inizio</b> 18/04/2023	<b>Ora Inizio</b> 09:15	<b>Data Fine</b> 18/04/2023	<b>Ora Fine</b> 09:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
<b>Codice Apparecchio</b> E013416		<b>Presidio</b> PO Pescara	
<b>Descrizione</b> PULSOSSIMETRO		<b>Reparto</b> UOC CHIRURGIA TORACICA	
<b>Costruttore</b> MASIMO CORP		<b>Stanza</b> PE EST   3   AMBULATORIO	
<b>Modello</b> RAD 97		<b>Matricola</b> 3000164619	<b>Inventario Ente</b>



GUASTO RISCONTRATO	
non rileva saturimetria	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
si consegna nuovo sensore spo2	
<b>Ore lavoro</b> 00:15	<b>Ore viaggio</b> 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1794025	sensore spo2 masimo	1	NO

ESITO INTERVENTO	
[R] - 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		UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma	Cognome Nome	Firma
Crisante Sacha		manzoli	



**AZIENDA U.S.L. 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:** 28/03/2023  
**Richiedente:** pneumologia **Numero:** .....  
**Presidio/Distretto:** ospedale civile pescara **Telefono:** 0854252906  
**Reparto:** ambulatorio di pneumologia palazzina C secondo piano  
**Inventario N.PE/:** E008045 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** spirometro  
**Ditta Costruttrice:** SENSORMEDICS  
**Modello:** vmax **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente .....  
 Volumi polmonari non stabili, sostituzione permapure, la stampante dello spirometro non si collega (non è possibile stampare)

**STRAORDINARIA**

**FIRMA RICHIEDENTE:** Pierpaolo Prospero

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

Contratto ATI  N° ODL: 2023/00818

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).....  
 .....  
 .....

CEDENTE: Ditta, Dipendenza, Domicilio o Residenza, Partita IVA

SANTARELLI S.r.l.

42050 SAMBI (CE) (CH) - Largo Galleria Wojtyła, snc  
C.F., P.IVA e N. Iscr.: 02415970694  
Numero R.E.A. CH-177270

DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.d.t.) D.P.R. 472 del 14.08.1996 - D.P.R. 696 del 21.12.1996

N. 34/23 del 13/06/2023

a mezzo:

vettore  cedente  cessionario

CESSIONARIO: Ditta, Dipendenza, Domicilio o Residenza, Partita IVA

LUOGO DI DESTINAZIONE (se diverso dall'indirizzo del cessionario) E VARIAZIONE

SIEMENS HERCULEANE SNC

SIEMENS Cl. P. VE

VIA VITIZENO 5

VIA MOLINI 55

20128 NICAVO

65125 PESCARA

CAUSALE DEL TRASPORTO

VS. OPC. N.

DEL

in conto

a saldo

VENUTA

QUANTITA' DESCRIZIONE DEI BENI (natura e qualità) IMPORTO

1 TUBO VENTILATORE GAS

Vs. ordine  
5520033230/5055  
DEL 25/03/23

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI  
A VISTA N. COLI 2 PESO KG - PORTO - TOTALE €  
VETTORE: Ditta, Domicilio o Residenza DATA E ORA DEL RITIRO FIRME

Consegna o inizio trasporto a mezzo cedente / cessionario DATA 16/06/23 ORA 11:00 FIRMA DEL CONDUCENTE

ANNOTAZIONI - VARIAZIONI NUMERO PROGRESSIVO FIRMA DEL CESSIONARIO

1607CD33 (a)

(1) Solo in caso di utilizzo in sostituzione della certificazione fiscale.  
(2) Ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.P.R. 441/97 e successive modificazioni.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/00818/05  
 Data Inizio 19/04/2023 Ora Inizio 12:00  
 Tipo Straordinaria  
 Data Fine 19/04/2023 Ora Fine 12:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E008045  
 Presidio PO Pescara  
 Descrizione SPIROMETRO A USO CLINICO DIAGNOSTICO  
 Reparto UOC PNEUMOLOGIA  
 Costruttore SENSORMEDICS CORP  
 Stanza PALAZZINA C | 1 | AMBULATORIO 4  
 Modello V MAX 229 LV SERIE ENCORE  
 Matricola 769200JUN00-3 Inventario Ente A000458

GUASTO RICONTRATO

Anomalia nel sistema Meccanico/Idraulico/Pneumatico

DESCRIZIONE INTERVENTO

Effettuata sostituzione kit permapure.

Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
769103	Drier tube assembly vmax	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

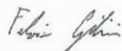
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Firma

Giuliani Federico



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Pierpaolo Prosperi

