

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2022/03014  
Ns. sigle 2023-25011220  
Data 25/01/2023

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: 2023-25011220 Consuntivo per Alimentatore per Ventilatore Polmonare Resmed, mod. Astral 150, Inv. E009383 e inv. E011088 in dotazione presso il Covid Hospital del PO di Pescara, a seguito della richiesta di reparto 2022/03014.**

U Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto 2022/03014 nel quale veniva segnalato "Richiesta di n. 2 alimentatori per ventilatori Resmed Astral 150 in quanto non più reperibili (E011088 e E009383) con etichetta di assegnazione del P.S. ed Area Grigia", siamo intervenuti constatando lo smarrimento degli stessi. Pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura di quanto in oggetto, applicando un ricarico del prezzo del ricambio del 10% ed includendo nel canone la manodopera del personale interno utilizzato per l'installazione dell'alimentatore ed il ripristino del funzionamento dell'apparecchiatura:

Quantità	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo
1	Installazione e controllo funzionale	120 €	0 €
2	Alimentatore Resmed	373,00 €	746,00 €
<b>PREZZO TOT</b>		<b>746,00 €+ IVA</b>	

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**ATI**  
SIEMENS - H.C. HOSPITAL CONSULTING MARIFARMA FM  
C/o A.U.S.L. PESCARA  
Via Paolini, 47 - 65124 PESCARA  
Tel. 085 4252963 - Fax 085 4252964

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 ELETTRONOMICHE**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

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

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

**Data Richiesta:** 21/12/22

**Richiedente:** PERNA VINCENZO Numero: .....

**Presidio/Distretto:** COVID HOSPITAL **Telefono:** 4520

**Reparto:** MIT COVID LIV 6

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

*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service

**Apparecchiatura:** VENTILATORI

**Ditta Costruttrice:** RESMED

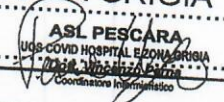
**Modello:** ASTRAL 150 **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente RICHIESTA DI 2 (DUE) ALIMENTATORI PER  
 VENTILATORI RESMED ASTRAL 150 IN QUANTO NON PIU' REPERIBILI  
 (E011088 E 009383) CON ETICHETTA DI ASSEGNAZIONE DEL P.S. ED AREA GRIGIA

*STRAORDINARIA*

**FIRMA RICHIEDENTE:** 

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

**Contratto ATI**  N° ODL: 2022/03054 CLAUDIO

**Garanzia:**  Ditta: .....

**Comodato/Leasing/Service:**  Contatto: ..... Telefono: .....

**Convenz. non di Proprietà:**  Preventivo N° ..... Intervento previsto il: .....

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

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

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2022/03014/03

Data Inizio 24/01/2023

Ora Inizio 10:42

Tipo Straordinaria

Data Fine 24/01/2023

Ora Fine 11:42

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E009383

Descrizione VENTILATORE POLMONARE PER USO EXTRAOSPEDALIERO PER SUPPORTO VITALE  
Costruttore RESMED LTD

Presidio PO Pescara

Reparto UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA

Stanza PE | TERRA | EMERGENZA

Matricola 22201176104

Inventario Ente 91007

GUASTO RISCONTRATO

Si richiede alimentatore

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione parti in lista

Si riconsegna apparecchio con nuovo alimentatore

Ore lavoro 01:00

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
X83313	Alimentatore 220 per Astral 150	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

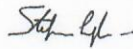
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Campilli Stefano

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Bianchi Mariagrazia

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](mailto:assistenzedimedicali.pescara@ism-sms.it)  
 via FAX (int):2964 (est):085-4252964

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

**Data Richiesta:** 21/12/22

**Richiedente:** PERNA VINCENZO **Numero:** .....

**Presidio/Distretto:** COVID HOSPITAL **Telefono:** 4520

**Reparto:** MIT COVID LIV 6

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

*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service

**Apparecchiatura:** VENTILATORI

**Ditta Costruttrice:** RESMED

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

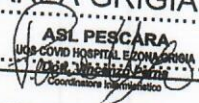
**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente RICHIESTA DI 2 (DUE) ALIMENTATORI PER  
VENTILATORI RESMED ASTRAL 150 IN QUANTO NON PIU' REPERIBILI  
( E011088 E 009383) CON ETICHETTA DI ASSEGNAZIONE DEL P.S. ED AREA GRIGIA

STRAORDINARIA

**FIRMA RICHIEDENTE:** .....



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

**Contratto ATI**  N° ODL: 2022/03053 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 2022/03013/03

Data Inizio 25/01/2023

Ora Inizio 15:17

Tipo Straordinaria

Data Fine 25/01/2023

Ora Fine 15:32

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E011088

Descrizione VENTILATORE POLMONARE PER USO EXTRAOSPEDALIERO PER SUPPORTO VITALE  
Costruttore RESMED LTD

Modello ASTRAL 150

Presidio PO Pescara

Reparto UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI

Stanza PALAZZINA C | 2 | Livello 4 AG - Livello 4 Area Grigia Degenza - Covid Hospital

Matricola 22201343914

Inventario Ente 94030

GUASTO RISCONTRATO

vedi descrizione intervento

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

R270-7468

alimentatore resmed

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

Mosca Claudio

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

ventura

Firma

