

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

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

Vs. riferimento
 Ns. riferimento 2024/00858-00750-00875-00817-
 00786-00727-00726-00866-00822
 Ns. sigle 2024-27031506
 Data 27/03/2024

OGGETTO: 2024-25031215 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/00858-00750-00875-00817-00786-00727-00726-00866-00822

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito delle richieste del reparto elencate siamo a riportare di seguito il dettaglio per ogni singola richiesta:

- 2024/00858 del 25/03/2024: Fonte Luminosa Per Endoscopia Olympus CLV190 c/o il Blocco Operatorio del PO di Pescara, inv. E003932, richiesta reparto: "cavo fibra ottica spezzato", siamo intervenuti riscontrando quanto comunicato dal reparto, come da report fotografico trasmesso.
- 2024/00750 del 14/03/2024: Monitor Multiparametrico Guangdong BLT Q3 c/o UOC Pediatria del PO di Pescara, inv. E001599, richiesta reparto: "manca trasmettitore di segnale", siamo intervenuti riscontrando l'assenza dello stesso.
- 2024/00875 del 26/03/2024: Defibrillatore Physio Control Lifepak 1000 c/o il Lab. Analisi del PO di Popoli, inv. E005798, richiesta reparto: "batteria in esaurimento", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.
- 2024/00817 del 20/03/2024: Defibrillatore Laerdal Heartstart c/o UOC Geriatria del Po di Pescara, inv. E011206, richiesta reparto: "allarme batteria (scarica)", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.
- 2024/00786-00727 del 18/03/2024: Defibrillatore Physio Control Lifepak 1000 c/o DSB Penne, inv. E009101-E009074, richiesta reparto: "verifica annuale più sostituzione batteria", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.
- 2024/00726 del 12/03/2024: Defibrillatore Philips Heartstart FRX c/o il DSB di Penne, inv. E010936 richiesta reparto: "verifica annuale più controllo batteria", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.
- 2024/00866 del 26/03/2024: Letto elettrificato Malvestio Delta 4 c/o la Neurochirurgia del PO di Pescara, inv. E014134, in garanzia, richiesta reparto: "il cavo della pulsantiera comandi è stato reciso", siamo intervenuti riscontrando la necessità di un nuovo telecomando.
- 2024/00822 del 20/03/2024: Defibrillatore Physio Control Lifepak 1000 c/o il DSB di Scafa, inv. E008499, richiesta reparto: "malfunzionamento", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della batteria.

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
9	Tutte	Installazione e controllo funzionale	1.080 €	0 €
1	2024/00858	Cavo Luce Fibre	680,00 €	680,00 €
1	2024/00750	Nano Router AC750	150,00 €	150,00 €

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

4	2024/00875- 00786-00727- 00822	Batteria Orig. Lifepak 1000	390,00 €	1.560,00 €
1	2024/00817	Batteria Laerdal Heartstart	240,00 €	240,00 €
1	2024/00726	Batteria Philips Lito-Magnese orig.	260,00 €	260,00 €
1	2024/00866	Pulsantiera Paziente	190,00 €	190,00 €
PREZZO TOT			3.080,00 €+ IVA	

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



MARUFARMA FM
Health Facility Management

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRROMEDICALE

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 25.03.24
 Richiedente: ROBERTO ARZUFFI
 Presidio/Distretto: PESCARA
 Reparto: UCL B.O.
 Inventario N.PE/: E003932 (Obbligatorio se presente)
 Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
 Apparecchiatura: PULTE LUMINIS
 Ditta Costruttrice: WOLF
 Modello: Matricola/Seriale: 2024

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante
 Descrizione guasto/inconveniente

CAVO FIBRA OTTICA SPEZZATO
SIRABONNERUS

FIRMA RICHIEDENTE: [Signature]

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODI: 2024/00PSP LUCA A.
 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)



MOVI®spa
 attrezzature biomediche
 Via Dione Cassio, 15
 I - 20138 MILANO

Tel. +39 02 50 90 51
 Fax +39 02 50 61 048
 PEC direzione@pec.movigroup.com
 www.movigroup.com

R.E.A.: MI 1477333
 Capitale € 7.072.000 i.v.
 C.F./P. IVA - VAT No: IT 11575580151
 Certified Quality System ISO 13485

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento della LEMAR spa - Milano

50064

Pag.1

DOCUMENTO DI TRASPORTO (DPR 14/8/96 n° 472)	
Consegna	
NR SAT / 245000854	DATA 04/04/2024

CAUSALE DEL TRASPORTO
Vendita

RIFERIMENTO ORDINE CLIENTE	PORTO
4531551080 del 27/03/2024	Franco

COMPLAINT
A SALDO VOSTRO ORDINE

SPETTABILE	C08508
SIEMENS HEALTHCARE SRL VIA VIPITENO N. 4 20128 MILANO MI	

RECAPITARE PRESSO:	PE-PESCARA-AUSL PESCARA
SIEMENS HEALTHCARE SRL C/O AUSL PESCARA - OSPEDALE SANTO SPIRITO Via Paolini 45 65124 PESCARA PE	

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	QUANTITA'		
		ORDINATA	SPEDITA	DA SPEDIRE
806625301	CAVO LUCE FIBRE 2,5MMX3M SNAP-ON CND:Z12019080 RDM:2281247	1	1	0
<u>Lotto - S/N</u>	1562829 Scad: 31/12/2049 Qta: 1			
	CIG: 7920276285			
TRASPORTO A CURA DEL <input type="checkbox"/> MITTENTE <input type="checkbox"/> DESTINATARIO <input type="checkbox"/> VETTORE <input type="checkbox"/> POSTA		INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA DATA 04/04/2024		FIRMA DEL CONDUCENTE
VETTORE Bartolini		ASPETTO ESTERIORE DEI BENI Cartoni		FIRMA DEL DESTINATARIO
P.IVA IT04507990150		NUMERO COLLI 1	PESO Kg. 2,00	FIRMA DEL VETTORE
N° ISCRIZIONE ALL'ALBO		DATA RITIRO		Tracking:

RDL 2024/00858

[Handwritten signature]

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/00858/05		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 09/04/2024	Ora Inizio 16:00	Data Fine 09/04/2024	Ora Fine 16:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E003932		Presidio PO Pescara	
Descrizione FONTÈ LUMINOSA PER ENDOSCOPIA		Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO	
Costruttore OLYMPUS OPTICAL CO LTD		Stanza PE TERRA SALA 10 PRESALA	
Modello CLV 190 EVIS EXERA III		Matricola 7451295	Inventario Ente 650072208

GUASTO RISCONTRATO	
Anomalia nel sistema ottico	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
Prova di funzionamento	
Consegnato nuovo cavo a fibra ottica.	
Ore lavoro 00:15	Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
80662530	cavo ottico	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	
Cognome Nome	Firma
Arena Luca	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Arizza Roberta	



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:	14/03/2024
Richiedente:	DI MASCIO BARBARA
Numero:
Presidio/Distretto:	PESCARA
Telefono:
Reparto:	PEDIATRA
Inventario N.PE/:	E001599
<i>Barrare se applicabile</i>	<input type="checkbox"/> Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura:	MONITOR MULTIPARAMETRICO
Ditta Costruttrice:	GUANGDONG
Modello:	BLT-Q3
Matricola/Seriale:
SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE	
Apparecchio completamente fermo <input type="radio"/> Apparecchio parzialmente funzionante <input checked="" type="radio"/>	
Descrizione guasto/inconveniente	
MANCA TRASMETTITORE DI SEGNALE	
Dott.ssa DI MASCIO BARBARA Coordinatrice Infermeristica UOC Pediatria Medica ASL Pescara	
FIRMA RICHIEDENTE: <i>Di Mascio Barbara</i>	
NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)	
Contratto ATI	<input checked="" type="radio"/> N° ODL: 2024/00750
Garanzia:	<input type="radio"/> Ditta: Telefono:
Comodato/Leasing/Service:	<input type="radio"/> Contatto: Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà:	<input type="radio"/> Preventivo N° Data Preventivo:
Non competenza ATI:	<input type="radio"/> Inoltrato a: Data Inoltrato:
Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....	

Propri
 Non competenza
 NON COMP



Burke & Burke S.p.A.

Sede Legale: Via Giulio Vincenzo Bona 133 - 00156 Roma (RM)
Cap. Soc. € 197.752,50 i.v.
C.F. P.IVA e Registro imprese 01059590107
Tel 0633076611 - Fax 0633076315 www.gadagroup.com
Email: burkege@pec.it

DESTINATARIO MERCE
SIEMENS HEALTHCARE C/O OSP. SPIRITO SANTO
VIA PAOLINI 45
65124 PESCARA PE

SPETT.LE/RECIPIENT	
Siemens Healthcare S.r.l.	
Via Vipiteno	
20128 Milano	IT
P. IVA: IT12268050155 C.F.: 04785851009	

PRESIDIO	
Siemens c/o Osp. Civile dello Spirito Santo di Pescara-AUSL Pescara	
Via Vipiteno	
20128 Milano	IT

DOCUMENTO/TYPE DOCUMENT DDT	NUMERO/NUMBER 10003296	DATA/DATE 23/04/2024	VOSTRO RIF. 4531548566	DEL 26/03/2024	PAG./PAGE 1,00/1,00
--------------------------------	---------------------------	-------------------------	---------------------------	-------------------	------------------------

MODALITA' PAGAMENTO/PAYMENT METHOD	CONDIZIONI PAGAMENTO/PAYMENT TERMS 60 gg df
------------------------------------	--

APPOGGIO BANCARIO/BANK

COD. ARTICOLO ITEM CODE	DESCRIZIONE ARTICOLO ITEM DESCRIPTION	CONF/ PACK	OMAGGIO	UM	QTA SPEDITA	QTA RESIDUA	LOTTO-SCADENZA
<i>Preventivo nr. 24/00387P</i>							
TL-WR902AC	Nano router ac750 wi-fi	1		PZ	1	0	223B1H8002867
GESTIONE	Contributo gestione pratica	1		PZ	1	0	

PICK LIST	ASPETTO BENI/APPEARANCE OF GOODS CARTONI
-----------	---

DATI SPEDIZIONE COLLI TOTALI: PESO TOTALE: Peso: 1.000,00 g - Colli: 1 - Descrizione imballaggi: CARTONE	CORRIERE/COURIER FEDEX	PORTO/CARRIAGE	CAUSALE/MOTIVE OF TRANSPORT STANDARD
		MAGAZZINO DI PRELIEVO Magazzino Stock Milano	

NOTE / NOTES
In caso di reso si richiede la spedizione al seguente indirizzo: BURKE&BURKE, Via Einstein 32 Assago 20057 MI. NON SI ACCETTANO RESI SENZA AUTORIZZAZIONE
PREVENTIVA, PER ACCORDI SCRIVERE A: info@burkeburke.com

CONTROLLO D.D.T. // FIRMA TRASPORTATORE	FIRMA E TIMBRO DEL DESTINATARIO
---	---------------------------------

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/00750/05

Data Inizio 06/05/2024

Ora Inizio 15:30

Tipo Straordinaria

Data Fine 06/05/2024

Ora Fine 16:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E001599

Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR

Costruttore GUANGDONG BIOLIGHT MEDITECH CO LTD

Modello BLT Q3

Presidio PO Pescara

Reparto UOC PEDIATRIA

Stanza PE NORD | 3 | SUB INTENSIVA

Matricola Q067E002304

Inventario Ente 650084326

GUASTO RICONTRATO

effettuata istallazione tp link

DESCRIZIONE INTERVENTO

effettuata configurazione con esito positivo

Ore lavoro 01:00

Ore viaggio 00:00

ESITO INTERVENTO

[R] - 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

D'Agostino Michele

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Mosca Monia

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: 26/03/2024
Richiedente: OSPEDALE POPOLI
Numero:
Telefono: 0859898239
Presidio/Distretto:
Reparto: LABORATORIO ANALISI
Inventario N.PE/: E005798 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO
Ditta Costruttrice: PHIYSIO CONTROL
Modello: LIFEPAK 1000
Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
 BATTERIA IN ESAURIMENTO

FIRMA RICHIEDENTE: GIANCARLO DI GREGORIO

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/00875
Garanzia: Ditta: **Telefono:**
Comodato/Leasing/Service: **Contatto:** **Intervento previsto i:**
Convenz. non di Proprietà: **Preventivo N°** **Data Preventivo:**
Non competenza ATI: **Inoltrato a:** **Data Inoltrato:**

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

 STATA ORDINATA



AUSL Pescara

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/00875/03		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 20/05/2024	Ora Inizio 13:00	Data Fine 20/05/2024	Ora Fine 13:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E005798		Presidio PO Popoli	
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO		Reparto UOC LABORATORIO ANALISI	
Costruttore PHYSIO CONTROL INC		Stanza NUOVO PADIGLIONE 1 SALA PRELIEVI	
Modello LIFEPAK 1000		Matricola 40693818	Inventario Ente 670069168

GUASTO RISCONTRATO			
Batteria/e esaurita/e			

DESCRIZIONE INTERVENTO			
Sostituzione batteria non ricaricabile 12V 4.5Ah			
	Ore lavoro 00:30	Ore viaggio 00:00	

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
3205379-006	batteria Li/MnO2 12V 4.5Ah	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 di emissione PAK 1000</small>			

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

TECNICO	
Cognome Nome	Firma
Giuliani Federico	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma

Costruttore PHYSIO CONTROL INC
 Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile
 l'eventuale di emissione PAK 1000

Si dichiara che il lavoro sopradescripto è stato

Costruttore PHYSIO CONTROL INC
 Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile
 l'eventuale di emissione PAK 1000

Si dichiara che il lavoro sopradescripto è stato



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

Inviare via mail a assistenzeemedicali.pescara@ism-sms.it

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

DETTAGLIO RICHIESTA <i>(compilazione a cura del richiedente)</i>	
Data Richiesta:	20 03 2024
Richiedente:	CINZIA AURITI
Presidio/Distretto:	PO PESCARA
Reparto:	GERIATRIA ALA OVEST
Inventario N.PE/:	E011206 <i>(Obbligatorio se presente)</i>
Barrare se applicabile	<input type="checkbox"/> Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura:	DEFIBRILLATORE SEMI AUTOMATICO
Ditta Costruttrice:	LAERDAL
Modello:	HEART START
Numero:
Telefono:	3334491978
Matricola/Seriale:
SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE	
Apparecchio completamente fermo	<input checked="" type="radio"/>
Apparecchio parzialmente funzionante	<input type="radio"/>
Descrizione guasto/inconveniente	ALLARME BATTERIA (SCARICA)
.....	
.....	
U.O.C. GERIATRIA P.O. PESCARA Coordinatore Infermieristico Dott.ssa Cinzia AURITI	
FIRMA RICHIEDENTE: <i>Cinzia Auriti</i>	
NON COMPILARE <i>(compilazione a cura dell'ufficio ATI)</i>	
Contratto ATI	<input checked="" type="checkbox"/> N° ODL: 2024/00817 LUCA V.
Garanzia:	<input type="radio"/> Ditta: Telefono:
Comodato/Leasing/Service:	<input type="radio"/> Contatto: Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà:	<input type="radio"/> Preventivo N° Data Preventivo:
Non competenza ATI:	<input type="radio"/> Inoltrato a: Data Inoltrato:
Commenti/Altro:	<i>(compilazione a cura dell'ufficio ATI)</i>
STRAORDINARIA - ALLEGATO C	



Codice Fornitore: _____ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **3106** Del **09/05/2024** 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' SALDO 1101537	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4531536641 DEL 21/03/2024 Rif.offerta n.: 4745 del 21/03/2024 BATT. Li-Ion 12V 4.2Ah PHILIPS/LAERDAL NON ORIG. - HEARTSTART FR2, FR2+, M3840A, M3841A, M3860A, M3861A - (Ref. M3863A) - (Versione: NON RICARICABILE)	8317	Pz 1,00		

Peso netto _____ Peso lordo _____ Annotazioni Generiche: _____
 Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

CORRIERE: **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:**
Vettore _____ **Franco C/Addebito** _____
08 BRT S.p.A. _____
Via della Resistenza n° 4 53035 Monteriggioni SI _____
 DATA/ORA RITIRO **09/05/2024 15:40**
 Timbro e Firma Conducente: _____
 Timbro e Firma Destinatario: _____

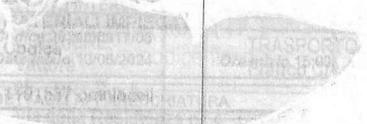
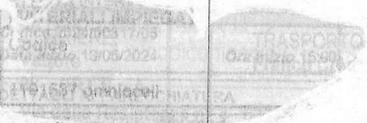
Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballo visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettano contestazioni e/o resi, superati otto (8) giorni dal ricevimento della spedizione. Il reso merce è soggetto ad una 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.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/00817/05 Data Inizio 13/05/2024	TRASPORTO Ora Inizio 15:00	Tipo Straordinaria Data Fine 13/05/2024	Ora Fine 15:30
DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E011206	Presidio PO Pescara		
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO	Reparto UOC GERIATRIA		
Costruttore LAERDAL MEDICAL	Stanza PE OVEST 6 CORRIDOIO		
Modello HEARTSTART FORERUNNER FR2	Matricola 0504118451	Inventario Ente A002772	
GUASTO RISCONTRATO			
Batteria/e esaurita/e			
DESCRIZIONE INTERVENTO			
sostituzione del pacco batterie			
		Ore lavoro 00:30	Ore viaggio 00:00
MATERIALI IMPIEGATI			
Codice 2024/00817/05 Data Inizio 13/05/2024	TRASPORTO Ora Inizio 15:00	Descrizione	Quantità Rifatturabile
1101537 omniacell		pacco batterie 12v 4.2ah	1 NO
ESITO INTERVENTO			
[RI] - Richiesta evasa			
<p>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</p>			

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
Vecchiarelli Luca		Rosita Prota	



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: 18/03/2024 **Numero:** 008142/24..

Richiedente: SALVATORELLI LEA **Telefono:** 0503

Presidio/Distretto: PERS PENNE

Reparto: ATBOLAVORO VACUUM STANZA NR 27

Inventario N.PE/: 76431 (Obbligatorio se presente) **500 P**

Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura:

Ditta Costruttrice: PHYSIO CONTROL

Modello: LIFE PAK 1000 **Matricola/Seriale:** 47866317



SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
 VERIFICA ANNUALE + SOSTITUZIONE BATTERIA

FIRMA RICHIEDENTE: **COORDINAMENTO INFERMIERISTICO**
 Infermiera Esperta
 Lea SALVATORELLI

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/00796 **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



DOCUMENTO DI TRASPORTO Numero 1239 del 29/03/24
(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

Ragione Sociale Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO	Codice cliente/fornitore: 2618 MI	Luogo di consegna Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA	Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
--	---	--	--

Trasporto a mezzo VETTORE	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto 29/03/24 11:53	Vettore Fedex Express Italy S.r.l.
-------------------------------------	---	---	--

Istruzioni di consegna	Porto DAP - FRANCO	C.I.G./ C.U.P.: 7920276285	Riferimenti destinatario C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875
-------------------------------	------------------------------	--------------------------------------	---

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
310-0364	Vs ordine del 22/03/2024 n. 4531542812 Batteria LMnO2 Physio-Control, 12V, 4500mAh, OEM Disponibilità di 3 pezzi presso il fornitore Part number: 11141-000100 NR 2 lotto n. 20231218	NR 2	Si
<p>2024/00727</p> <p>e</p> <p>2024/00786</p> <p>STANDARDIAIE -</p>			

Aspetto esteriore dei beni SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	Numero colli 1	Peso KG 2	
Firma mittente	Firma vettore	Firma destinatario	

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/00786/05
Data Inizio 03/04/2024

Ora Inizio 13:05

Tipo Straordinaria
Data Fine 03/04/2024

Ora Fine 13:25

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E009101

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

Modello LIFEPAK 1000

Presidio DSB Penne

Reparto Penne - DSB

Stanza TERRA | 27 - VACCINAZIONI

Matricola 42866317

Inventario Ente 00690076431

GUASTO RICONTRATO

verifica annuale e sostituzione batteria

DESCRIZIONE INTERVENTO

visionato stato batteria, attualmente il livello della batteria è scesa ad una tacca, in accordo con la referente, sostituiamo oggi la nuova batteria consegnata.

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

11141-000100

batteria non ricaricabile

01

NO

NOTE

si ritira batteria scarica

ESITO INTERVENTO

[R] - 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

Campilli Stefano

Stefano Campilli

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Salvatorelli Leda

Leda Salvatorelli

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:	12/03/2024	Numero:	
Richiedente:	SALVATORELLI LEDA	Telefono:	6513
Presidio/Distretto:	CERS PENNE		
Reparto:	AMB. CARDIOLOGIA NR 21	Tel	085 827692R
Inventario N.PE/:	69163	(Obbligatorio se presente)	5009074
Barrare se applicabile	<input type="checkbox"/> Comodato/Leasing/Service		
Apparecchiatura:	DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO		
Ditta Costruttrice:	LIFE PAK 1000 PHISIO CONTROL INP		
Modello:	LIFE PAK 1000	Matricola/Seriale:	40693845
SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE			
Apparecchio completamente fermo <input type="radio"/>		Apparecchio parzialmente funzionante <input type="radio"/>	
Descrizione guasto/inconveniente			
VERIFICA ANNUALE + SOSTITUZIONE BATTERIA			
		COORDINAMENTO INFERMIERISTICO	
		FIRMA RICHIEDENTE: Infermiera Esperta	
		Leda SALVATORELLI	
NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)			
Contratto ATI	<input checked="" type="checkbox"/>	N° ODL:	2024/00727
			STEFANO
Garanzia:	<input type="radio"/>	Ditta:	
Comodato/Leasing/Service:	<input type="radio"/>	Contatto:	
Convenz. non di Proprietà:	<input type="radio"/>	Preventivo N°:	
Non competenza ATI:	<input type="radio"/>	Inoltrato a:	
Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI)			
SIRADONNARA -			



ALLEGATO C



DOCUMENTO DI TRASPORTO

Numero 1239 del 29/03/24

(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

Ragione Sociale Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO MI		Codice cliente/fornitore: 2618	Luogo di consegna Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA		Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
Trasporto a mezzo VETTORE	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto 29/03/24 11:53		Vettore Fedex Express Italy S.r.l.	
Istruzioni di consegna		Porto DAP - FRANCO	C.I.G./ C.U.P.: 7920276285		Riferimenti destinatario C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
310-0364	Vs ordine del 22/03/2024 n. 4531542812 Batteria LMnO2 Physio-Control, 12V, 4500mAh, OEM Disponibilità di 3 pezzi presso il fornitore Part number: 11141-000100 NR 2 lotto n. 20231218	NR 2	Si
<p><i>2024/00727</i></p> <p><i>2024/00786</i></p> <p><i>STADARDINARIE</i></p>			

Aspetto esteriore dei beni SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	Numero colli 1	Peso KG 2	Firma mittente	Firma vettore	Firma destinatario
---	--------------------------	---------------------	-----------------------	----------------------	---------------------------

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/00727/05		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 03/04/2024	Ora Inizio 12:37	Data Fine 03/04/2024	Ora Fine 13:42

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E009074		Presidio DSB Penne	
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO		Reparto Penne - DSB	
Costruttore PHYSIO CONTROL INC		Stanza TERRA A.D.I.	
Modello LIFEPAK 1000		Matricola 40693845	Inventario Ente 690069169

GUASTO RISCONTRATO
verifica e controllo batteria

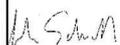
DESCRIZIONE INTERVENTO
visionato stato batteria, attualmente il livello della batteria è scesa ad una tacca, in accordo con la referente, sostituiamo oggi la nuova batteria consegnata.
Ore lavoro 00:20 Ore viaggio 00:45

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
11141-000100	batteria non ricaricabile	01	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	
Cognome Nome	<i>Firma</i>
Campilli Stefano	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	<i>Firma</i>
Salvatorelli Leda	

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: 12/03/2024 Numero:
 Richiedente: SALVATORELLI LEDA Telefono: 8503
 Presidio/Distretto: U.O.P. PENNE R/O CERS PENNE
 Reparto: ATRIUM INFERMIERISTICO STANZA N° 17
 Inventario N. PE/: A003220 (Obbligatorio se presente)
 Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service EoloP36
 Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE
 Ditta Costruttrice: PHILIPS MEDICAL SYSTEMS
 Modello: HEART START FRX TRAINER Matricola/Seriale: B14E-00646



SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
 VERIFICA ANNUALE + CONTROLLO BATTERIA
 N.B. APERTO DAL LUNEDI' AL VENERDI' - PATINA E PULVERIGLIO

FIRMA RICHIEDENTE

COORDINAMENTO INFERMIERISTICO
 Infermiera Esperta
 Leda SALVATORELLI

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/00726
 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 -

A ULEGATO C



DOCUMENTO DI TRASPORTO Numero 1409 del 10/04/24
(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

Ragione Sociale Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO MI	Codice cliente/fornitore: 2618	Luogo di consegna Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
---	--------------------------------	--

Trasporto a mezzo VETTORE	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto 10/04/24 13:25	Vettore
-------------------------------------	---	---	----------------

Istruzioni di consegna	Porto DAP - FRANCO	C.I.G. / C.U.P.: 7920276285	Riferimenti destinatario C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875
-------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	---

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
310-0249	Vs ordine del 22/03/2024 n. 4531542861 Batteria Lithium Magnese Dioxide monouso Philips Consegna ca 10/15 gg da ricezione ordine Part number: M5070A 453564141472 NR 1 lotto n. 04956P	NR 1	Si

2024/00726
STAZIONARIA

Aspetto esteriore dei beni SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	Numero colli	Peso KG	
Firma mittente	Firma vettore	Firma destinatario	

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/00726/05

Data Inizio 12/04/2024

Ora Inizio 12:56

Tipo Straordinaria

Data Fine 12/04/2024

Ora Fine 14:56

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E010936

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore PHILIPS MEDICAL SYSTEMS

Modello HEARTSTART FRX TRAINER

Presidio DSB Penne

Reparto Penne - DSB

Stanza -

Matricola B14E-00646

Inventario Ente A003220

GUASTO RISCONTRATO

si richiede verifiche e controllo batteria

DESCRIZIONE INTERVENTO

si consegna batteria nuova alla referente Salvatorelli. Eseguito test defibrillatore con esito positivo. Come da accordi pregressi la batteria verrà sostituita dal personale.

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 01:30

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

M5070A

batteria 9v 4.2ah

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

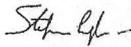
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Campilli Stefano

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Salvatorelli Leda

Firma





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: 26/03/24 **Numero:**

Richiedente: CIAMPINI INES **Telefono:** 2534 / 2744

Presidio/Distretto: OSPEDALE PESCARA

Reparto: NEUROCHIRURGIA

Inventario N.PE/: (Obbligatorio se presente)

Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura: letto elettrificato

Ditta Costruttrice: Malvestio

Modello: **Matricola/Seriale:** E014134

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
 il cavo della pulsantiera comandi è stato reciso

STRAORDINARIA

FIRMA RICHIEDENTE:

ASL PESCARA
 U.O. NEUROCHIRURGIA
 Coordinatrice Infermeristica
 Dott.ssa Ines CIAMPINI

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/00966 **MESELE**

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 2024/00866/05		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 05/04/2024	Ora Inizio 14:45	Data Fine 05/04/2024	Ora Fine 15:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E014134		Presidio PO Pescara	
Descrizione LETTO PER DEGENZA ELETTRIFICATO		Reparto UOC NEUROCHIRURGIA	
Costruttore INDUSTRIE GUIDO MALVESTIO SPA		Stanza PE NORD 1 CORRIDOIO	
Modello 3710 - DELTA 4		Matricola 20111376	Inventario Ente

GUASTO RISCONTRATO	
effettuata sostituzione telecomando	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
Controllo/Revisione Sistema Elettrico/Elettronico	
Ore lavoro 00:30	Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
870977	telecomando Delta 4 Malvestio	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
D'Agostino Michele	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Masciulli Lorena	

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: 20.03.2024..... Numero: 2

Richiedente: A..... Telefono:

Presidio/Distretto: DSB SCAFA.....

Reparto: SALA PRELIEVI.....

Inventario N.PE/: 6999..... (Obbligatorio se presente) E008599

Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE

Ditta Costruttrice: MEDTRONIC

Modello: LIFEPAK 1000..... Matricola/Seriale: S/N 40685698

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

STRASORDINARIA / AUGUSTO

FIRMA RICHIEDENTE: *[Signature]*

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/00822 Federis

Garanzia: Ditta:

Comodato/Leasing/Service: Contatto:

Convenz. non di Proprietà: Preventivo N°:

Non competenza ATI: Inoltrato a:

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

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/00822/06

Data Inizio 18/07/2024

Ora Inizio 11:45

Tipo Straordinaria

Data Fine 18/07/2024

Ora Fine 12:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E008499

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

Modello LIFEPAK 1000

Presidio DSB Scafa

Reparto Scafa - DSB

Stanza DSB di Scafa via della Stazione | NN - SALA PRELIEVI

Matricola 40695699

Inventario Ente 700069171

GUASTO RISCONTRATO

Batteria/e esaurita/e

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione batteria.

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1101032	batteria 12V 4.5Ah LiMnO2	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

Giuliani Federico

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Annamaria Silvestri

Firma

