



Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

ENTE: ASL DI PESCARA

SEZIONE 1 - ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE ATI SIEMENS/ HC / MARIFARMA FM Non disponibile

OFFERTA/RDO N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

ORDINE N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

DELIBERA/DETERMINA N° : VERBALE N° 24 DEL: 22/06/2023 Non disponibile

DDT N° : 1793 DEL: 24/04/2024 Non disponibile

DDT N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 2.500,00 +IVA



TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio; REPAIR EXCHANGE

STRUTTURA: PO DI PESCARA REPARTO: UROLOGIA

PADIGLIONE: OVEST PIANO: 7° STANZA: SALA ENDOSCOPIA

CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: UOC UROLOGIA PO PESCARA

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	E014527	OTTICA RIGIDA	WOLF	8642403	1101034201		€ 2.500,00
 Inventario Biomedicale E014527 							

SEZIONE 3 - CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO] [NA] [NV]

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato (allegata Check list riscontro) [OK] [KO] [NA]

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT (allegato DDT riscontro) [OK] [KO] [NA]

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO]

Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data 24.04.24 [OK] [KO] [NA] [] si allega [GP*]

Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08 [OK] [KO] [NA] [] si allega [GP*]

* Il personale dell'azienda sanitaria riferisce che tale documentazione è già in loro possesso

Note

HA SOSTITUITO ANALOGO DISPOSITIVO
COD. E022266, INV. ENTE 99663, IN
AUTOMATICO FUORI USO DA OGGI 24.04.24

[Handwritten signature]



Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO VISIVO

POSITIVO NEGATIVO _____

Commissione

Data: 24.04.25
 Nome Cognome: PAOLA PACE
 Nome Cognome: _____
 Nome Cognome: _____
 Note: _____

Firma: [Signature]
 Firma: _____
 Firma: _____

Rappresentante del Fornitore

Nome Cognome: M. CIPRIANI Data: 24.04.25 Firma: [Signature]
 Durata della garanzia (mesi): _____ Data inizio garanzia: _____ Data fine garanzia: _____
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva; [] Manutenzione su guasto
 [] Contratto full risk _____
 [] Kit Manutenzione _____
 [] Materiale di consumo _____; [NA]
 Note: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO _____

Tecnico HC – Nome Cognome: M. CIPRIANI Data: 24.04.25 Firma: [Signature]

ESITO VERIFICHE TECNICHE – ALTRE VERIFICHE TECNICHE

POSITIVO NEGATIVO _____

Esperto Qualificato (EQ) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: _____ [OK] [KO] [] si allega
 Note: _____

ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

POSITIVO NEGATIVO _____

FORMAZIONE ALL'USO

Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:
 [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo
 [] La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: _____
 [] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo

VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.
 Responsabile UO – Nome Cognome: PAOLA PACE Data: 24.04.25 Timbro e Firma: [Stamp and Signature]
NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC – Nome Cognome: Antonio Verna Data: 02/05/25

Timbro e Firma: [Stamp and Signature]
ASL PESCARA
UOC INGEGNERIA CLINICA-HT/
IL COLLAUDATORE
Dr. Antonio VERNA

*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche che è stato possibile effettuare

DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.d.t.) D.P.R. 472 del 14-08-1996 - D.P.R. 696 del 21.12.1996

A.T.I.
 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

N. 1303 del 26-4-2024

a mezzo: cedente cessionario

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

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

ASL DI PESCARA
 P.O. PESCARA
 UROLOGIA

CAUSALE DEL TRASPORTO

VS. ORDINE N. DEL

CONSEGNA ~~SONDA~~ OTICA

in conto
 a saldo

QUANTITÀ	DESCRIZIONE DEI BENI (natura e qualità)	IMPORTO (1)
01	TOTTA LA REGIDA WOLF	
	PC 42403	
	5/N 2102034202	
	NS COD. E 024527	
	NS DAL P.I.M.F.	
	2024/00973	

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI <u>AUUSTA</u>	N. COLLI <u>2</u>	PESO KG. <u>2</u>	PORTO <u>F</u>	TOTALE €
Consegna o inizio trasporto a mezzo <input type="checkbox"/> cedente <input type="checkbox"/> cessionario	ORA E DATA DEL RITIRO <u>25/04/24</u>	FIRMA DEL CONDUCENTE		
ANNOTAZIONI - VARIAZIONI	N. PROGRESSIVO (2)	FIRMA DEL C...		

ASL PESCARA

ORGANIZZAZIONE E GESTIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALI
 AREA CHIRURGICA

Dott.ssa Paola PACE

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



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 / 245000987	DATA 23/04/2024

CAUSALE DEL TRASPORTO
Vendita

RIFERIMENTO ORDINE CLIENTE	PORTO
4531603385 del 22/04/2024	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
	DDT Cliente: 1295 Del: 09-04-2024			
8642403	CISTO-URETROSCOPIO COMP.14FR. CND:Z12020702 RDM:24742/R	1	1	0
Lotto - S/N	1101034201 Qta: 1			
15364274	O-RING X 8564.021 POWER STICK M4	2	2	0
15364368	O-RING	2	2	0
	Si rende CESTELLO 290X80X46MM CISTOUR.COMP. di Vostra proprietà Qtà 1Pz lotto 4500331205			

<input type="checkbox"/> MITTENTE <input type="checkbox"/> DESTINATARIO <input type="checkbox"/> VETTORE <input type="checkbox"/> POSTA	TRASPORTO A CURA DEL Bartolini	INIZIO TRASPORTO O CONSEGNA DATA 23/04/2024	FIRMA DEL CONDUCENTE
	ASPETTO ESTERIORE DEI BENI Cartoni	NUMERO COLLI 1	PESO Kg 2,00
VETTORE P.IVA IT04507990150	DATA RITIRO 	FIRMA DEL VETTORE 	
N° ISCRIZIONE ALL'ALBO 	Tracking:		

Rapporto di intervento di manutenzione

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

Attività amministrativa - 2024/00973/05

Manutenzione - Straordinaria

Data inizio 24/04/2024 12:58

Data fine 24/04/2024 12:59

Guasto riscontrato

Descrizione intervento Nuovo strumento, di equal produttore e modello, serial number 1101034201, arrivato con ddt Movi spa SAT/245000987 del 23.04.2024. Ad esso abbiniamo ns cod. E014527 ed automaticamente mettiamo in fuori uso quello di cui sopra con codice E012266.

Esito: RI - Proposta di dismissione

Anagrafica apparecchio

Apparecchio E012266

Inventario ente 99663

Matricola 1100856239

Struttura PO Pescara

Padiglione PE OVEST

Reparto UOC UROLOGIA

Stanza SALA ENDOSCOPICA

Piano 7

Descrizione CISTOURETROSCOPIO

Costruttore WOLF RICHARD GMBH

Modello 8642 403

Tecnico/i

Nome

Ore lavoro

Ore viaggio

Km

Alfonso Balsamo

00:00:59

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/C00120/01		Tipo Collaudo	
Data Inizio 29/04/2024	Ora Inizio 09:40	Data Fine 29/04/2024	Ora Fine 09:55


DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E014527		Presidio PO Pescara	
Descrizione CISTOURETROSCOPIO		Reparto UOC UROLOGIA	
Costruttore WOLF RICHARD GMBH		Stanza PE OVEST 7 SALA ENDOSCOPICA	
Modello 8642 403		Matricola 1101034201	Inventario Ente

GUASTO RISCONTRATO	
consegna nuovo cistoscopio	

DESCRIZIONE INTERVENTO	
consegna nuovo cistoscopio sn8642403	
Ore lavoro 00:15	Ore viaggio 00:00

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
Cipriani Matteo	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Paola pace	