	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	MICROPORT CRM SRL						[] Non disponibile
OFFERTA/RDO	N°	: 1179/2023/CC/fg	DEL:	06.09.2023			[] Non disponibile
ORDINE	N°	: HTA 20-2023-162	DEL:	27.09.2023			[] Non disponibile
DELIBERA/DETERMINA	N°	: DETERM. DIRIGENZIALE 3148	DEL:	27.09.2023			[] Non disponibile
DDT	N°	: 4100676834	DEL:	03/10/2023			[] Non disponibile
	N°	:	DEL:				[] Non disponibile
IMPORTO DELLA FORNITURA: € 1.700,00 +IVA							
TIT. PROPRIETA': <input checked="" type="checkbox"/> Acquisto; <input type="checkbox"/> Visione; <input type="checkbox"/> Comodato service; <input type="checkbox"/> Noleggio; <input type="checkbox"/> <u>RIPARAZIONE/CAMBIO</u>							
STRUTTURA: PO DI POPOLI				REPARTO: Emodialisi e Nefrologia-Popoli			
PADIGLIONE: NUOVO				PIANO: SESTO		STANZA: <u>SALA GRANDE</u>	
CDC: C03C06S01				DESCRIZIONE CDC: UOS NEFROLOGIA D'URGENZA ED INTERV- PO POPOLI			

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	<u>E014175</u>	REGISTRATORE HOLTER DELLA PRESSIONE SANGUIGNA	SUNTECH MEDICAL INSTRUMENTS INC	MICROPORT AGILIS MINI ABPM(full system)	00154420		€ 1.700,00

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 19.10.23 [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

Risultato di riparazione cambio di strumento holter inv. Asl 47966, s/n SB3920012.

	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 4 - SCHEDE APPARECCHIO

ID (tabella sezione 2): _____ Codice Apparecchio: E024715 Key number: _____
 Configurazione: Singolo; A sistema: alimentato da altro apparecchio; A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: _____
 Importo delibera di acquisto: 1.700,00 + IVA importo singolo apparecchio [NA]
 Anno di fabbricazione: 2019 Numero repertorio: _____ [NA]
 Effettuata Fotografia: [NA] CND: _____ [NV]

Accessori forniti con l'apparecchio:

N°	Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto
1				
2				
3				
4				

Manuale Utente: Rev _____ Data: _____ Lingua: Italiano; _____ [OK] [KO]
 Manuale Service: Rev _____ Data: _____ Lingua: _____ [OK] [KO] [NA]

Dichiarazione di conformità: MDD 93/42; MDR 2017/745; IVDD 98/79; IVDR 2017/746; _____ si allega
 Classe di rischio apparecchiatura: _____ [NA] Certificato CE (MD/IVD): [OK] [KO] [NA] si allega
 UDI: _____ [NA]

Release Software e data: _____ [NA] Lingua interfaccia software: _____
 Indirizzo IP: _____ Gateway: _____ Server address: _____ MAC address: _____
 Fornite password specifiche: _____ [OK] [NA] [NV]

Normativa/e di riferimento: _____

Check list manutenzione preventiva: _____ [OK] [KO] [NA] si allega
 Periodicità manutenzione preventiva: _____ si allega
 Altra documentazione: _____

Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: _____ [OK] [KO] [NA] [NV]
 Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): _____ [OK] [KO] [NA] [NV]
 Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe: _____ [OK] [KO] [NA]
 Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso dal campo stanza): _____


Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts): _____ [OK] [NA] [NV]

(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedi sezione 6)
 Durata della garanzia (mesi): 24 Data inizio garanzia: 28.10.23 Data fine garanzia: 17.10.25
 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]

SEZIONE 5 - VERIFICHE TECNICHE

Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fornitore: sul luogo di installazione; fabbrica _____ [OK] [KO] [NA] si allega
 Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: sul luogo di installazione; fabbrica _____ [OK] [KO] [NA] si allega
 Verifica sicurezza elettrica (eventuale PP) effettuata da HC: sul luogo di installazione; laboratorio _____ [OK] [KO] [NA] si allega
 Codice richiesta VSE: _____ Altri controlli: _____

Note

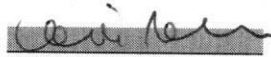
	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

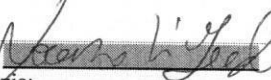
ESITO CONTROLLO VISIVO

POSITIVO NEGATIVO _____

Commissione


Data: 02/02/2024
 Nome Cognome: VALERIA PALMA Firma: 
 Nome Cognome: _____ Firma: _____
 Nome Cognome: _____ Firma: _____
 Note: _____

Rappresentante del Fornitore

Nome Cognome: ING. DI FEDERICO Data: 02/02/2024 Firma: 
 Durata della garanzia (mesi): 24 Data inizio garanzia: 18/10/2023 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: FEDERICO GIULIANI Data: 02/02/2024 Firma: 

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: _____
 Note: _____ [OK] [KO] [] si allega

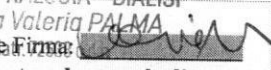
ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

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: VALERIA PALMA Data: 02/02/2024
 NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.
 ASL PESCARA - P.O. POPOLI
 UOS NEFRALOGIA – DIALISI
 Dr.ssa Valeria PALMA
 Timbro e Firma: 

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC – Nome Cognome: ASL PESCARA Data: 29/02/24 Timbro e Firma: 
 *L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche che è stato possibile effettuare
 Dr. Antonio VERNA
 ASL PESCARA
 UOC INGEGNERIA CLINICA-HTA
 IL COLLAUDATORE
 Dr. Antonio VERNA

RAPPORTO TECNICO PER INTERVENTO/COLLAUDO PRESSO CLIENTE

Rapporto tecnico numero:

Data: 18/10/2023

CLIENTE

Nome: OSPEDALE POPOLI (ASL PESCARA)

Indirizzo: VIA ALDO MORO SNC 65026 POPOLI (PE)

Reparto/Referente: EMODIALISI

RIFERIMENTI INTERVENTO TECNICO

Vostra richiesta (numero e data): ORDER 20-2023-162

Causale: INSTALLAZIONE E COLLAUDO AGILIS MINI

LAVORO ESEGUITO

INSTALLAZIONE SOFTWARE

COLLAUDO FUNZIONAMENTO

FORMAZIONE PERSONALE UTILIZZATORE

Monodopera (ore di lavoro):

Viaggio (ore di viaggio):

(km):

Ricambi utilizzati:

U.O.S. NEFRIDIAL

P.O. POPOLI AUSL PE
(timbro e firma del cliente)

MicroPort CRM srl

DOTT. SSA VALENA PALMA

MICROPORT CRM S.R.L.

SEDE LEGALE, AMMINISTRATIVA E STABILIMENTO VIA CRESCENTINO SNC 13040 SALUGGIA (VC) T.+39 0161 4871 F 39 0161 487681

SEDE COMMERCIALE VIALE MONZA 338, 20128 MILANO, ITALY

CONTACT T +39 02 35964500 F +39 02 35964590 SERVIZIO CLIENTI ITALIA T +39 02 38591400

INTERNATIONAL CUSTOMER SERVICE T +39 02 38591401

CAPITALE SOCIALE € 3.932.700,00 REGISTRO DELLE IMPRESE MONTE ROSA LAGHI ALTO PIEMONTE N.02654900022 - R.E.A. VC-202963

COD.FISC. 02654900022 PART. IVA 02654900022 ISO CODE IT02654900022

crm.microport.com

Cap. Soc. euro 3.932.700
 Reg. Imprese N. VC - 202963
 Cod. Fisc. / Part. IVA 02654900022
 ISO CODE IT 02654900022

DELIVERY NOTE

Committente/SoldTo: 95541

AZIENDA U.S.L. PESCARA
 LOCALE PESCARA
 VIA R.PAOLINI, 45
 I-65124 PESCARA PE

Numero/Number: 4100676834	Del/Date: 03.10.2023	Pag/Page: 1 / 1
------------------------------	-------------------------	--------------------

Destinatario/ShipTo: 9000103379

AZIENDA U.S.L. PESCARA
 MAGAZZINO TECNOLOGICO PESCARA
 VIA R.PAOLINI 45-47
 I-65124 PESCARA PE

Venduto A:/BillTo: 95541

AZIENDA U.S.L. PESCARA
 LOCALE PESCARA
 VIA R.PAOLINI, 45
 I-65124 PESCARA PE

Causale/Reason	Direct Sales
D.d./Delv terms	CIP CIP- AS PER INCOTERM 2020

Spediz-Vettore/Carrier-Forwarder	Firma/Signature:	Luogo partenza/Shipping Place	Del/Date:	AWB
SAL-DHLNO		MICROPORT CRM SRL VIA CRESCENTINO 13040 SALUGGIA IT	03.10.2023	

Route	Per Accettazione/For Acceptance: Timbro e Firma/Stamp And Signature	Del/Date
SAL		03.10.2023

Vostro Ord. N°/Your Order N°	Del/Date:	Nostro Ord. N°/Order N°	Del/Date:
20-2023-162	27.09.2023	2100084824	03.10.2023
Cod. prodotto/Item Code	Descrizione/Description	U.M.	Q.tà/QTY
NJ124	Agilis Mini ABPM (full system) Lot/S.N.:00154420 Scadenza/Expiry: 31.12.9999	NR	1

Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della capogruppo MicroPort Scientific Corp.
 #DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. N. 472 DEL 14/8/96) #

U.O.S. NEFR/DIAL
 P.O. POPOLI AUSL PE

N° Colli/Packs	Volume M3	Aspetto esteriore dei beni/Packaging Nature	Peso netto/Net WT	Peso Lordo/Gross WT



ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : 20 - 2023 - 162
DEL : 27/09/2023
DATA CONSEGNA :
DATA FINE CONSEGNA :

FORNITORE

Spett.le
(18731) MICROPORT CRM SRL
P.I.: 02654900022

VIA CRESCENTINO SNC
13040 ALICE CASTELLO, VC
Telefono : +39 0161 4871
FAX : +39 01610487681

Budget di Spesa : UAUT-2023-13/2

Conto : 0101020502 - Attrezzature generiche

Codice	Descrizione	UM	Quantita	Prezzo Unit.	%Sc	Imponibile	%IVA
42417		N	1,00	1 700,00	0,00	1 700,00	22,00
HOLTER PRESSORIO					0,00		

CIG: Z903C80126 - DET.AFF.N. 3148 DEL 27/9/23
APPROVAZIONE PREVENTIVO E
AFFIDAMENTO PER LA SOSTITUZIONE CON
FORMULA REPAIR EXCHANGE DELLO
STRUMENTO HOLTER P.A. MOD. PG MAP
INV. ASL 670047966 S/N SB3920012
COMPLETO DI SOFTWARE IN USO PRESSO
LA U.O.S. NEFROLOGIA E DIALI

Cdc: C03C06S01 UOS NEFROLOGIA D'URGENZA E INTERVENTISTICA Q.tà 1,00

COD IVA	IVA%	IMPONIBILE	IMPOSTA
I22	22,00	1 700,00	374,00

TOTALE IMPONIBILE

1 700,00

TOTALE IVA

374,00

TOTALE ORDINE

2 074,00

Luogo consegna

LTCPE - MAGAZZINO TECNOLOGICO PESCARA
VIA R. PAOLINI, 47
PESCARA,65100

Fattura/Invoice

Pag./Pg.: 1 / 1
 Numero/Number: 265875
 Data/Date: 03.10.2023

Committente/SoldTo: 95541
 AZIENDA U.S.L. PESCARA
 LOCALE PESCARA
 VIA R.PAOLINI, 45
 I-65124 PESCARA PE

Venduto A/BillTo: 95541
 AZIENDA U.S.L. PESCARA
 LOCALE PESCARA
 VIA R.PAOLINI, 45
 I-65124 PESCARA PE

Spedito A/ShipTo: 9000103379
 AZIENDA U.S.L. PESCARA
 MAGAZZINO TECNOLOGICO PESCARA
 VIA R.PAOLINI 45-47
 I-65124 PESCARA PE

Resa/Del. Terms	CIP- AS PER INCOTERM 2020
Mod.Spedizione/ShipBy	02 - BY TRUCK
Spedizioniere/Forwarder	SAL-DHLNO
Agente/Sales rep.	7225

IVA/VAT N°	Pagamento/Payment Terms	Scadenza/ Due Date	Valuta/ Currency
IT01397530682	60 gg Data Fattura	02.12.2023	EUR

Codice Prodotto Item Code	Descrizione Description	UM Qty	Prezzo unitario Unit Price	IVA VAT	Importo Amount	Sconto Discount
Nostro Ord N°/Order N° 2100084824 - 03.10.2023 Vostro Ord. N°/Customer Order N° 20-2023-162 - 27.09.2023 D.D.T./Delivery N° 4100676834 - 03.10.2023 Shipping/Packing AWB N°						
NJ124	Agilis Mini ABPM (full system) Z903C80126 Lot/S.N.: 00154420	1 NR	1.700,00	22,00%	1.700,00	

Valore merci/Value of Goods	1.700,00
Sconto/Discount	0,00
Spese/Additional Charges	0,00
IVA Totale/Total VAT	374,00
Totale/Total	2.074,00
IVA a vostro carico ex art. 17 - ter DPR 633/72	374,00
Netto a Pagare	1.700,00

RIEPILOGO IVA/VAT SUMMARY			
IVA VAT Code	Aliquota Tax Rate	Imponibile Taxable Amount	Importo Tax Amount
IVA Split payment 22%	22,00 %	1.700,00	374,00

CONTRIBUTO CONAI ASSOLTO OVE DOVUTO
SCISSIONE DEI PAGAMENTI

N° colli Packs	Volume	Aspetto esteriore dei beni Packaging Nature	Peso Netto Net Weight	Peso Lordo Gross WT
00000	0,000		0,953 KG	0,953 KG



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Sede Legale: Via Renato Paolini, 45 - 65124 Pescara - P. IVA 01397530682 - www.asl.pe.it

AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA

UOC INGEGNERIA CLINICA

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE

N. 3148

DEL 27/09/2023

OGGETTO: OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO E AFFIDAMENTO PER LA SOSTITUZIONE CON FORMULA REPAIR EXCHANGE DELLO STRUMENTO HOLTER P.A. MOD. PG MAP INV. ASL 670047966 S/N SB3920012 COMPLETO DI SOFTWARE IN USO PRESSO LA U.O.S. NEFROLOGIA E DIALISI DEL P.O. DI POPOLI ALLA DITTA MICROPORT CRM AI SENSI DELL'ART. 1 CO. 2 LETT. A) DEL D.L. N. 76/2020 – CIG Z903C80126;