	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 BIOLIVE SRL

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

ORDINE N° : 20-2023-179 DEL: 15/11/2023 Non disponibile

DELIBERA/DETERMINA N° : HTA 3752 DEL: 15.11.2023 Non disponibile

DDT N° : 382 DEL: 29.11.2023 Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 8.000€ +IVA Non disponibile

TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio; _____

STRUTTURA: DSB DI SCAFA REPARTO: DSB DI SCAFA

PADIGLIONE: DSB PIANO: 1 STANZA: AMB. ENDOCRINOLOGIA

CDC: A04D01 DESCRIZIONE CDC: UOSD ECOGRAFIA INTERNISTICA - PO PESCARA

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	E014066	SONDA ECOGRAFICA LINEARE	ALPINION MEDICAL SYSTEMS	L3-12MS	MTSAX005JPEF		€ 3.809,53
			AL SERVIZIO DI TABLET Cod. E010957				
			INV. ENTE 93953				

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 07.12.2023 [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

Sonda installata su tablet E010957 unicamente alla sonda E010443

	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: 11/12/2023

Nome Cognome: Dr.ssa LUANA TRAFFICANTE

Nome Cognome: _____

Nome Cognome: _____

Note: _____

ASL PESCARA

U.O.C. ASL Pescara

Firma: _____

Firma: _____

Firma: _____

Dr.ssa Luana TRAFFICANTE

Rappresentante del Fornitore

Nome Cognome: Dr. LIABONE Data: 11.12.23 Firma: _____

Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 11.12.23 Data fine garanzia: 10.12.24

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: G. DI WZAS Data: 07.12.23 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 alle specifiche di utilizzo richieste.

Responsabile UO – Nome Cognome: Dr. TRAFFICANTE Data: 11/12/2023 Timbro e Firma: _____

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: ING. RINARDI Data: 14.12.23 Timbro e Firma: _____

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



VERBALE DI ACCETTAZIONE E COLLAUDO

(Modello: 82 M6 - Rev: 01 - Data: 19/09/2019)

CLIENTE

Azienda U.S.L. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA (PE)

LUOGO DI INSTALLAZIONE

Azienda U.S.L. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA (PE)

COD. CLI.	PARTITA IVA	CODICE FISCALE	TELEFONO	FAX	Riferimento documento n°	DATA DOCUMENTO
001032	IT01397530682				382	29-11-23

ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	SERIAL NUMBER	QUANTITA'
TF	Vs. Ord. (OC 242 del 15-11-2023) TIPOLOGIA FORNITURA " Fornitura di beni necessari per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica in essere". Decreto rilancio per le cessioni dei beni anti-Covid previsti dall'art. 124, comma 1 Iva al 5%.		0,00
10002315	L3-12MS Sonda Ecografica Lineare, con beamformer full digital e tecnologia ad alta miniaturizzazione, comprensiva di USB con applicativo da installare esclusivamente su Tablet Microsoft Surface	MTSAX005JPEF	1,00
GRS12	GARANZIA 12 MESI -Per tutta la durata della garanzia viene garantita la sostituzione o riparazione in caso di vizi o difetti di funzionamento. -Sono esclusi dalla garanzia i danni accidentali causati da incuria e negligenza da parte degli operatori, danni strutturali causati da urti e uso improprio delle apparecchiature.		1,00
CSM	CONDIZIONI DI FORNITURA E SERVIZI: - Validità offerta 30 giorni. - Consegna entro 30 giorni dalla data di accettazione dell'ordine. - Costi di spedizione e consegna inclusi nel prezzo. - Supporto tecnico telefonico e remoto per installazione software e primo avvio. - Garanzia sui dispositivi Microsoft Surface, stampanti e accessori: La durata della garanzia sui dispositivi Microsoft Surface, stampanti e accessori nuovi forniti unitamente ai beni è di 12 mesi. Sono esclusi dalla garanzia e dal supporto tecnico problemi riscontrati dall'utente relativi al sistema operativo Microsoft e qualunque altro software non sviluppato dalla Alpinion Medical Systems. Sono esclusi dalla garanzia i materiali di consumo, batterie, danni accidentali sui dispositivi, stampanti e accessori, danni causati da incuria e negligenza da parte degli operatori.		1,00
	CONTATTI ASSISTENZA TECNICA: - Tel: 0654221081 - E-mail: assistenza@biolivegroup.com		
SEGUE			

ELENCO VERIFICHE TECNICHE

Test list	Details				
Power Test	Input power Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Output power Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
Exterior Test	Exterior scratch	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Exterior cleanliness	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Items omission	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
Packing Test	Packing condition	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
Marking Information	Packing mark	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
Performance Test	Monitor function Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Control panel Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Transducers Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Transducer Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Scan image Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	B-mode Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	M-mode Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Color-mode Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Doppler-mode Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Monitor arm function Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Printer function Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	OP Panel up/down Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	OP Panel swing Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
	Wheel rock/unrock Test	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:
General Inspection	Result	<input type="checkbox"/> Pass	<input type="checkbox"/> Fail	<input type="checkbox"/> N.A.	Details:

ESITO DEL COLLAUDO:

POSITIVO

NEGATIVO

NOTE: Rif. ord. 20-2023-179 del 15/11/2023 CIG Z1A3D1AC67 - sonda destinata al C.E.R.S. di Scafa del P.O. Pescara

DA COMPILARE A CURA DEL TECNICO COLLAUDATORE


Data:

11/12/2023

Nome e Cognome:

CRISTIANO DIANE

Firma:



L'esecuzione con esito positivo delle prove di collaudo sopra descritte costituisce l'idoneità all'impiego del prodotto, nonché l'atto formale di consegna definitiva dello stesso prodotto, nel suo luogo di installazione e di utilizzo.

Il cliente, sottoscrivendo il presente verbale:

1. Conferma l'adeguatezza e la funzionalità del prodotto alle sue specifiche richieste, nonché la sua accettazione.
2. Dichiara di ricevere in consegna le istruzioni per l'uso e manutenzione del presente prodotto, di prenderne visione e di metterle a disposizione di tutti coloro saranno abilitati all'impiego.
3. S'impegna a far rispettare l'uso corretto del prodotto e a mantenere il corretto livello di buon funzionamento e stato di conservazione, secondo quanto previsto delle istruzioni d'uso e manutenzione.
4. Conferma di ricevere la Dichiarazione CE di conformità.

DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE

Data:

11/12/2023

Nome e Cognome:

Dr.ssa LUANA TRAFFICANTE

Firma e Timbro:

ASL PESCARA
U.O.C. Area Distrettuale Montana

Dr.ssa LUANA TRAFFICANTE

Telefono:

E-mail:

(Per i distributori) Inviare il presente documento, timbrato e firmato per accettazione, entro 7 giorni dalla data di ricezione del materiale all'indirizzo email logistica@biolivegroup.com.

Il mancato invio entro i termini sopra indicati costituisce accettazione del presente documento per tacito consenso.

BIOLIVE S.R.L

Via Antonio Carruccio 35
00134 Roma (RM)
Tel.: 06.54221081 - Fax: 06.92913328
Email: amministrazione@biolivegroup.com
Partita IVA 09886171009
R.E.A. di Roma N. 09886171009

LUOGO DI DESTINAZIONE
Azienda U.S.L. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA (PE)

DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 472 14/08/96)

Bolla di vendita

COD. CLI.	PARTITA IVA	CODICE FISCALE	TELEFONO	FAX	AGENTE	N° DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO	PAG.
001032	IT01397530682				Cialone Cristiano	382	29-11-23	1/2

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	MATRICOLA	UM	QUANTITA'
TF	Vs. Ord. (OC 242 del 15-11-2023) TIPOLOGIA FORNITURA " Fornitura di beni necessari per il contenimento e la gestione dell'emergenza epidemiologica in essere". Decreto rilancio per le cessioni dei beni anti-Covid previsti dall'art. 124, comma 1 Iva al 5%.		NR	0,00
10002315	L3-12MS Sonda Ecografica Lineare, con beamformer full digital e tecnologia ad alta miniaturizzazione, comprensiva di USB con applicativo da installare esclusivamente su Tablet Microsoft Surface	MTSAX005JPEF	PZ	1,00
GRS12	GARANZIA 12 MESI -Per tutta la durata della garanzia viene garantita la sostituzione o riparazione in caso di vizi o difetti di funzionamento. -Sono esclusi dalla garanzia i danni accidentali causati da incuria e negligenza da parte degli operatori, danni strutturali causati da urti e uso improprio delle apparecchiature.		NR	1,00
CSM	CONDIZIONI DI FORNITURA E SERVIZI: - Validità offerta 30 giorni. - Consegna entro 30 giorni dalla data di accettazione dell'ordine. - Costi di spedizione e consegna inclusi nel prezzo. - Supporto tecnico telefonico e remoto per installazione software e primo avvio. - Garanzia sui dispositivi Microsoft Surface, stampanti e accessori: La durata della garanzia sui dispositivi Microsoft Surface, stampanti e accessori nuovi forniti unitamente ai beni è di 12 mesi. Sono esclusi dalla garanzia e dal supporto tecnico problemi riscontrati dall'utente relativi al sistema operativo Microsoft e qualunque altro software non sviluppato dalla Alpinion Medical Systems. Sono esclusi dalla garanzia i materiali di consumo, batterie, danni accidentali sui dispositivi, stampanti e accessori, danni causati da incuria e negligenza da parte degli operatori.		NR	1,00
SEGUE	CONTATTI ASSISTENZA TECNICA:			

CAUSALE DEL TRASPORTO	ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	COLLI	PESO LORDO	PESO NETTO	VOLUME
TRASPORTO A CURA DEL	PORTO	DATA DEL TRASPORTO	FIRMA DEL CONDUCENTE	FIRMA DEL DESTINATARIO	
DESCRIZIONE VETTORE		DATA DEL RITIRO	FIRMA VETTORE		
<p>ASL PESCARA U.O.C. Area Distrettuale Montana Dr.ssa Luana TRAFFICANTE</p>					
ANNOTAZIONI					
Rif. ord. 20-2023-179 del 15/11/2023 CIG Z1A3D1AC67 - sonda destinata al C.E.R.S. di Scafa del P.O. Pescara					



BIOLIVEGROUP
Advanced Healthcare Solutions

SPETT.LE
Azienda U.S.L. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA (PE)

BIOLIVE S.R.L

Via Antonio Carruccio 35
00134 Roma (RM)
Tel.: 06.54221081 - Fax: 06.92913328
Email: amministrazione@biolivegroup.com
Partita IVA 09886171009
R.E.A. di Roma N. 09886171009

LUOGO DI DESTINAZIONE
Azienda U.S.L. Pescara
Via Renato Paolini, 47
65124 PESCARA (PE)

DOCUMENTO DI TRASPORTO (D.P.R. 472 14/08/96)

Bolla di vendita

COD. CLI.	PARTITA IVA	CODICE FISCALE	TELEFONO	FAX	AGENTE	N° DOCUMENTO	DATA DOCUMENTO	PAG.
001032	IT01397530682				Cialone Cristiano	382	29-11-23	2/2

CODICE ARTICOLO	DESCRIZIONE	MATRICOLA	UM	QUANTITA'
	- Tel: 0654221081 - E-mail: assistenza@biolivegroup.com			

CAUSALE DEL TRASPORTO	ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	COLLI	PESO LORDO	PESO NETTO	VOLUME
TRASPORTO A CURA DEL	PORTO	DATA DEL TRASPORTO	FIRMA DEL CONDUCENTE	FIRMA DEL DESTINATARIO	
DESCRIZIONE VETTORE		DATA DEL RITIRO	FIRMA VETTORE	FIRMA TRAFFICANTE	
ANNOTAZIONI					

Rif. ord. 20-2023-179 del 15/11/2023 CIG Z1A3D1AC67 - sonda destinata al C.E.R.S. di Scafa del P.O. Pescara

EC Declaration of Conformity

Manufacturer's name	ALPINION MEDICAL SYSTEMS Co., Ltd.
SRN Code	KR-MF-000012961
Address	5FL, I Dong, 77, Heungan-daero 81 beon-gil, Dongan-gu, Anyang-si, Gyeonggi-do, Republic of Korea +82 2 3282 0900
European representative	Alpinion Medical Deutschland GmbH
SRN Code	DE-AR-000008603
Address	Lilienthalstrasse 17a 85399 Hallbergmoos Germany
Phone	+49 811 99 82 86 0

Declares that the product:

Device Category	Ultrasound Imaging System with Transducer
GMDN Code	40761(Ultrasound Imaging system), 40768(Hand-held transducers), 40771(Vaginal transducers)
Classification	Class IIa by Rule 10 of Annex VIII, Medical Device Regulation (EU) 2017/745 of the European parliament
Conformity Assessment Route	Annex IX excluding Chapter II of Medical Device Regulation (EU) 2017/745 of the European parliament
Model Name (Basic UDI-DI)	<p>X-CUBE 90 and X-CUBE 70 (0880001357000QZ) - With following probes/ transducers: SC1-7H, L4-18H, L3-15H, IO7-18, C5-8NT, MP1-5X, SVC1-8H, EC2-11H, SC2-8H, SP3-8T, EV3-10X, EC3-10X, VE3-10H, CW2.0, CW5.0, L3-8H, L3-12X, SC2-9H, CW8.0, TEE3-7, SP4-12, L10-25H, SL3-19H, P1-5CT, EV2-11H, SL3-19X, SC2-11H</p> <p>X-CUBE 60 (0880001357000QZ) - With following probes/ transducers: SC1-7H, SC2-11H, SVC1-8H, P1-5CT, L3-15H, L3-8H, L3-12X, EC2-11H, EV2-11H, VE3-10H, CW2.0, CW5.0, CW8.0</p> <p>X-CUBE 50 (0880001357000QZ) - With following probes/ transducers: SC2-11H, C1-7GT, SVC1-8H, P1-5CT, L3-15H, L3-8H, L3-12HWD, EC3-10T, EV3-10T, VE3-10H, CW2.0, CW5.0, CW8.0</p> <p>X-CUBE i8 and X-CUBE i9 (0880001357200RB) - With following probes/ transducers: L3-8H, L3-12T, L3-12HWD, SL3-19H, L10-25H, IO7-18, SC1-7H, C1-6C, SC2-9H, MP1-5X, P1-5CT, EV3-10T, EC3-10T, EC2-11H, EV2-11H, CW2.0, CW5.0, TEE3-7</p> <p>E-CUBE 15 (0880001357100R6) - With following probes/ transducers: SC1-4H, SC1-6H, SC1-4HS, SC1-4M, C5-8, C5-8N, SVC1-6, SVC1-6H, SP1-5X, SP3-8, SPN1-5X, MP1-5X, L3-8, L3-12H, L3-12X, L8-17X, IO3-12, IO8-17, L3-8H, E3-10H, EV3-10H, EC3-10H, EV3-10X, EC3-10X, VE3-10H, VE3-10HN, CW2.0, CW5.0, TEE3-7</p>

E-CUBE 12 (0880001357100R6)

- With following probes/ transducers:

SC1-6H, SC1-4HS, C1-6CT, SVC1-6H, C5-8NT, P1-5CT, SP3-8T, L3-12H, L3-12HWD, L8-17H, L3-8H, L3-12X, L8-17X, IO8-17T, IO3-12, EV3-10H, EC3-10H, EV3-10X, EC3-10X, VE3-10H, CW2.0, CW5.0

E-CUBE 8, E-CUBE 8 LE, E-CUBE 8 Diamond (0880001357100R6)

- With following probes/ transducers:

SC1-6H, SC1-4H, SC1-4HS, C1-6CT, C5-8NT, VC1-6T, P1-5CT, SP3-8T, L3-12T, L3-12H, L3-12HWD, IO8-17T, IO3-12, L8-17H, EC3-10T, EV3-10T, VE3-10H, CW2.0, CW5.0

E-CUBE 5, E-CUBE 5W (0880001357100R6)

- With following probes/ transducers:

C1-6T, C5-8NT, L3-12T, EV3-10T, EC3-10T

E-CUBE i7 (0880001357300RG)

- With following probes/ transducers:

SP1-5T, SP3-8T, C1-6T, C5-8NT, VC1-6T, L3-12T, IO8-17T, L3-8H, L3-12HWD, L8-17H, IO3-12, EC3-10T, EV3-10T, CW2.0, CW5.0

Minisono C1-6 and Minisono L3-12 (0880001357400RM)

Responsibility: This EU declaration of conformity is issued under the sole responsibility of manufacturer.

Applicable standard: See Attachment

We hereby declare that the product is in conformity with the GSPR (General safety and performance Requirements) and provisions of Medical Device Regulation (EU) 2017/745 of the European parliament, is subject to a conformity assessment as specified in Chapter I and III of Annex IX of Medical Device Regulation (EU) 2017/745 of the European parliament, under the supervision of Notified Body, DNV Product Assurance AS (NB No.:2460), Veritasveien 3, N-1363 Høvik, Norway.

※The EU declaration of conformity must be translated into the language or languages required by the Member State in which the product is placed or made available on the market. Union harmonization legislation does not necessarily specify who has the obligation to translate. Logically, this should be the manufacturer or another economic operator making the product available.

Boyeon, Cho
PRRC & QMR



CE
2460

November 3, 2022



www.ausl.pe.it

AZIENDA SANITARIA DI PESCARA
U.O.C. INGEGNERIA CLINICA - HTA
Via Renato Paolini n° 47 - 65124 Pescara
Tel. 085. 4253106 - 3109

Nr. prot. 0096 422/23

Pescara, 15/11/2023

Spett.le
Ditta Biolivegroup s.r.l.
logistica@biolivegroup.com

OGGETTO: APPROVAZIONE PREVENTIVO E AFFIDAMENTO PER LA FORNITURA DI N. 2 SONDE ECOGRAFICHE LINEARI MOD. L3-12MS PER TABLET PER UTILIZZO BIOMEDICO SURFACE PRO 7 DA UTILIZZARE PRESSO IL C.E.R.S. DI PESCARA NORD E IL C.E.R.S. DI SCAFA DEL P.O. DI PESCARA AI SENSI DELL'ART. 1 CO. 2 LETT. A) DEL D.L. N. 76/2020 - CIG Z1A3D1AC67;

Si comunica che con Determina n. 3752 del 15/11/2023 è stato approvato il preventivo di spesa presentato da codesta ditta per i lavori in oggetto, per il prezzo complessivo concordato/scontato di €7.619,05+ IVA 5%.

In ottemperanza da quanto previsto dalla L. 136/2010 riguardante l'obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari, si chiede di comunicare con urgenza, via fax, a firma del legale rappresentante (con allegata fotocopia di un documento di riconoscimento) il numero di conto corrente dedicato per il presente affidamento, nonché le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di esso.

Si invita codesta Spett.le ditta a rinviare la presente nota stesso mezzo, debitamente firmata per accettazione.

DITTA BIOLIVEGROUP S.R.L.

BIOLIVE S.R.L.

Via Antonio Carruccio, 35
00184 Roma (RM)
P.IVA e C.F. 09886171009

Il Direttore HTA
Ing. Vincenzo LO MELE



Ordine

Rappresentazione UBL ver. PEPPOL BIS 3.0

Acquirente A. S. L. PESCARA Identificativo endpoint: UFEAZS Indirizzo: VIA R. PAOLINI N.45 65124, PESCARA (PE IT) P. IVA IT01397530682 A. S. L. PESCARA	Numero ordine 20-2023-179 220 - Ordine di Acquisto	Data ordine 15/11/2023	Valuta EUR
	Ordine precedente	Codice identificativo gara Z1A3D1AC67	Contratto
Fornitore BIOLIVE SRL Identificativo endpoint: IT09886171009 Indirizzo: VIA LEON PANCALDO N. 2 00147, ROMA (RM IT) BIOLIVE SRL	Centro di costo 0101020502#AAA420	Data di scadenza 31/12/2024	Termini di pagamento
	Note		
Committente (Ufficio Ordinante)	Informazioni sulla consegna ID: Indirizzo: (IT)		Termini di consegna
Intestatario Fattura A. S. L. PESCARA Identificativo endpoint: UFEAZS Indirizzo: VIA R. PAOLINI N.45 65124, PESCARA (PE IT) P. IVA IT01397530682 A. S. L. PESCARA	Altri Riferimenti Order in PDF format: 20-2023-179.pdf - contiene allegato		

Righe ordine

Nome/Descrizione/Note	Cod. Articolo Fornitore	Cod. Articolo Standard	Quantità	UdM	Quantità per Confezione	Periodo di Consegna	Informazioni Articolo	CIG	Centro di Costo	Prezzo Unitario	Sconti / Maggiorazioni	Imponibile	IVA %	Lotto
SONDA LINEARE L3-12 MS PER TABLET SURFACE PRO 7	Cod.int. 21084		1	unita'						3.809,53		3.809,53	5.0	
SONDA LINEARE L3-12 MS PER TABLET SURFACE PRO 7	Cod.int. 40429		1	unita'						3.809,52		3.809,52	5.0	

Riepilogo importi

Totale imponibile	7.619,05
Totale sconti	
Totale maggiorazioni	
Totale Ordine senza IVA	7.619,05
Totale IVA	380,96
Arrotondamento totale Ordine	-0,01
Totale Ordine incluso IVA	8.000,01
Importo prepagato	
Totale da pagare	8.000,00

E' presente un allegato:

Order in PDF format (application/pdf)