

	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	FISHER & PAYKEL SAS			<input type="checkbox"/> Non disponibile
OFFERTA/RDO	N°	:	DEL:	<input type="checkbox"/> Non disponibile
ORDINE	N°	: HTA 20-2024-98	DEL: 11/06/2024	<input type="checkbox"/> Non disponibile
DELIBERA/DETERMINA	N°	: 2026 DET	DEL: 07.06.24	<input type="checkbox"/> Non disponibile
DDT	N°	: 83689826	DEL: 12.06.2024	<input type="checkbox"/> Non disponibile
	N°	:	DEL:	<input type="checkbox"/> Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 1.450,00 +IVA
TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio; REPAIR EXCHANGE
STRUTTURA: PO DI PESCARA **REPARTO:** ANESTESIA E RIANIMAZIONE
PADIGLIONE: PE **PIANO:** TERRA **STANZA:** DEGENZA
CDC: C08C01C00 **DESCRIZIONE CDC:** UOC TERAPIA INTENSIVA E ANESTESIOLOGIA - PO PESCARA

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	E014690	UMIDIFICATORE AD ALTO FLUSSO	FISHER & PAYKEL HEALTHCARE LTD	AIRVO 2	210824303145		€ 1.450,00

SEZIONE 3 - CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID :	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NV
Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato (<input type="checkbox"/> allegata Check list riscontro)	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA
Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT (<input type="checkbox"/> allegato DDT riscontro)	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA
Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID :	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO
Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data 07.06.24	<input checked="" type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> [] si allega [GP*]
Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> KO <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> [] si allega [GP*]

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

Note

Ha sostituito tramite repair exchange autorizzato dalla Asl alla F & P analogo dispositivo, ns codice E011919, inventario ente 98242, già in fuori uso perché non riparabile.

	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: 26.06.24

Nome Cognome: LIVIANA DI QUINZIO Firma: [Firma]

Nome Cognome: _____ Firma: _____

Nome Cognome: _____ Firma: _____

Note: _____

Rappresentante del Fornitore G. TROFINI

Nome Cognome: [Firma] Data: 26.06.24 Firma: [Firma]

Durata della garanzia (mesi): 24 Data inizio garanzia: 26.06.24 Data fine garanzia: 25.06.26

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: _____ **A.T.I.**

SIEMENS - H.C. HOSPITAL CONSULTING MARIFARMA FM
 G/o A.U.S.L. PESCARA
 Via Paolini, 47 - 65124 PESCARA
 Tel. 085 4252963 - Fax 085 4252964

ESITO VERIFICHE TECNICHE - VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO _____

Tecnico HC - Nome Cognome: M. D'AGOSTINO Data: 26.06.24 Firma: [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: _____ [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: _____ Data: 26.06.24 Timbro e Firma: [Firma]

NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

AUGL PESCARA
 P. O. "Spirito Santo"
 Dipartimento Emergenza Urgenza
 U.O. Rianimazione e TURCO

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC - Nome Cognome: ASL PESCARA Data: 28/06/24 Timbro e Firma: [Firma]

*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche eseguiti presso l'unità operativa.

Dr. Antonio VERNA

ASL PESCARA
 UOC INGEGNERIA CLINICA-H7
 IL COLLAUDATORE
 Dr. Antonio VERNA

Fisher & Paykel Healthcare S.A.S

10, Avenue du Quebec – Bat F5 – Silic 512 – Villebon s/Yvette 91946 Cedex France
Tel. 06 78392939 Fax. 06 78147709 Web site: www.fphcare.it E-mail: info@fphcare.it

CERTIFICATO DI COLLAUDO N° GTI 03/2024

COMPILARE IN STAMPATELLO

Apparecchiatura: **AIRVO 2 codice PT101EW**

Modello: **N° 1 umidificatori con generatore di flusso AIRVO2 (Serial Number SN 210824303145)**

Nome Azienda **ASL PESCARA Ospedale Civile di Pescara**

Indirizzo **Via Paolini 45** Città **Pescara**

Installazione presso **UOC Rianimazione**

Numero ordine clinete **20-2024-98** n.ordine **FPH 2488034/11/06/2024**

Data Collaudo

D.D.T. **83689826** del **12/06/2024**

Contatore all'installazione **NON PREVISTO** Nome Installatore **Giovanna Trufini**

Nome del Responsabile Reparto **Dr.ssa Zocaro Rosamaria** Coordinatrice **Irene Rosini**

Condizioni Ambientali Rilevate al Collaudo:

.....**NORMALI**.....

Impianto Elettrico:**A NORMA**.....

Osservazioni: garanzia 24 mesi.....

Si dichiara che l'apparecchio è stato consegnato, montato, installato, e messo in funzione in maniera del tutto soddisfacente. Il collaudo ha consentito di appurare che l'apparecchio è esente da vizi di funzionamento ed è uniforme alle specifiche dichiarate.

Osservazioni del Cliente

.....
Il Cliente dichiara che ha preso atto delle norme di installazione e delle condizioni d'uso come descritto nel manuale di istruzioni.

Data **20/06/2024**

Firma del responsabile
Fisher & Paykel Healthcare

Giovanna Trufini

Timbro e firma del
Cliente

*S. RA L. DI QUINZIO
CORTE DA VENDACE*

PTV COLLAUDO

H.C.

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2024/C00186/01		Tipo Collaudo	
Data Inizio 26/06/2024	Ora Inizio 09:00	Data Fine 26/06/2024	Ora Fine 09:10

DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E014690		Presidio PO Pescara	
Descrizione UMIDIFICATORE AD ALTO FLUSSO		Reparto UOC TERAPIA INTENSIVA E ANESTESIOLOGIA	
Costruttore FISHER & PAYKEL HEALTHCARE LTD		Stanza PE TERRA TERAPIA INTENSIVA - DEGENZA B	
Modello AIRVO 2		Matricola 210824303145	Inventario Ente

GUASTO RISCONTRATO			
collaudo			

DESCRIZIONE INTERVENTO			
collaudo			
	Ore lavoro 00:10	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
D'Agostino Michele	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Di Quinzio Liviana	

Fisher & Paykel Healthcare SAS
10, Avenue du Quebec - Bât F5
Silic 512 - Villebon S/Yvette
F-91946 COURTABOEUF CEDEX, FRANCE
Telefono: +33 1 6446 5201
Fax: +33 1 6446 5221

Indirizzo di consegna

ATI Siemens/HC/ Marifarma
c/o Ospedale Civile di Pescara
Via Paolini 45
Piano seminterrato lun-ven 8-17
Att.ne sign. Alfonso Bàlsamo
I-65124 PESCARA PE

Numero cliente:	119039	Numero consegna:	83689826
Data di emissione:	06/12/2024	Cond. di spedizione:	UPS STANDARD - NIL FREIGHT
Peso lordo:	4,91 KG	Num. Ordine Interno	2488034
Peso netto:	4,446 KG	Vs. Ordine:	20-2024-98
Volume:	0,027 M3		

Ref.	Materiale	Designazione	Quantità UoM
10	PT101EW	Airvo Humidifier Hosp Europe1	1 EA
	Lotto	2101771526	1 EA
	Serial#	210824303145	

Fisher & Paykel Healthcare SAS è il vostro importatore per i dispositivi fabbricati da Fisher & Paykel Healthcare Ltd

Per ricevuta

~~Luca Mancini~~

Offerta Economica ASL 3 PESCARA 2024

Codice	Descrizione	Prezzo	Quantità	Prezzo totale
PT101EW	Airvo 2, Umidificatore con generatore di flusso integrato con incluso Kit alimentazione Ossigeno, e Kit disinfezione	2.900,00 €	1	OFFERTA IN REPAIR EXCHANGE: 50% di sconto sul prezzo di acquisto
Prezzo totale IVA esclusa				1.450,00 €

Condizioni generali

- Tutti i prezzi sono espressi in euro
- **Tempi di pagamento: 60 giorni data ricevimento merce.**
- Questa offerta è valida fino al 31/12/2024, dopo questa data il prezzo e i tempi di consegna possono variare.
- Minimo ordine: 150 €
- La fatturazione e la spedizione della merce saranno effettuate dalla Fisher & Paykel Healthcare S.a.S., Francia, nostro centro europeo di distribuzione e fatturazione.
- Le fatture saranno emesse senza IVA: Nostro Codice IVA: FR31417626587 - Nostro Codice Intrastat: 90192000
- Per Ulteriori chiarimenti, si prega di contattare:
Giovanna TRUFINI
telefono cellulare +39 345 5657132
e-mail : giovanna.trufini@fphcare.it

La presente offerta è espressamente soggetta ai Termini e alle Condizioni Generali di vendita di Fisher & Paykel Healthcare SAS allegati all'offerta medesima. Effettuando un ordine in base alla presente offerta, l'acquirente riconosce di aver letto e accettato i Termini e le Condizioni Generali di vendita di Fisher & Paykel Healthcare SAS. Pertanto, resta inteso che tutti gli ordini di acquisto relativi a questa offerta saranno soggetti ai Termini e alle Condizioni Generali di vendita di Fisher & Paykel Healthcare SAS. Fisher & Paykel Healthcare SAS sarà libera di rifiutare qualsiasi ordine di acquisto che non si riferisca espressamente a questa offerta.

Ordine

Rappresentazione UBL PEPPOL BIS 3

CustomizationID: urn:fdc:peppol.eu:poacc:trns:order:3

ProfileID: urn:fdc:peppol.eu:poacc:bis:order_only:3

Acquirente Denominazione: A. S. L. PESCARA Identificativo endpoint: 0201:UFEAZS Indirizzo: VIA R. PAOLINI N.45 - 65124 PESCARA (PE) Codice Paese: IT P.IVA: IT01397530682 (Reg. Imprese di n. A1)	Numero ordine 20-2024-98	Data ordine 11/06/2024	Valuta EUR
	Tipo ordinazione Ordine di acquisto (220)		
	Tipo documento ORDINE INIZIALE		
	Ordine precedente	Codice identificativo gara (CIG) B2058FC0E1	Contratto
Fornitore Denominazione: FISHER & PAYKEL HEALTHCARE SAS Identificativo endpoint: 9957:FR31417626587 Indirizzo: 10,AVENUE DU QUEBEC - FRANCIJA - 91140 ROMA (RM) Codice Paese: IT	Centro di costo 0101020502#AAA420	Data di scadenza 31/12/2025	Termini di pagamento
	Note		
Committente (Ufficio Ordinante)	Informazioni sulla consegna ID: 01397530682-LTCPE Indirizzo: VIA R. PAOLINI,47 PESCARA - 65100 PESCARA (PE) Codice Paese: IT		Termini di consegna
Intestatario Fattura Denominazione: A. S. L. PESCARA Identificativo endpoint: 0201:UFEAZS Indirizzo: VIA R. PAOLINI N.45 - 65124 PESCARA (PE) Codice Paese: IT P.IVA: IT01397530682 (Reg. Imprese di n. A1)	Altri Riferimenti Order in PDF format:20-2024-98.pdf - contiene allegato		

Righe ordine

Nome/Descrizione/Note	Cod. Articolo Fornitore	Cod. Articolo Standard	Quantità	UdM	Quantità per Confezione	Consegna	Informazioni Articolo	Seriale	Documento	Centro di Costo	Prezzo Unitario	Sconti / Maggiorazioni	Imponibile	IVA %	Lotto
UMIDIFICATORE FISHERE PAYKEL AIRVO 2	Cod.Int. 246464		1	unita'							1.450,00		1.450,00	22.0	

Riepilogo importi

Totale imponibile	1.450,00
Totale sconti	
Totale maggiorazioni	
Totale Ordine senza IVA	1.450,00
Totale IVA	319,00
Arrotondamento totale Ordine	
Totale Ordine incluso IVA	1.769,00
Importo prepagato	
Totale da pagare	1.769,00

E' presente un allegato:

Order in PDF format (application/pdf)

ORDINE

RIF-ORDINE

NUMERO : 20-2024-98
DEL : 11/06/2024
DATA CONSEGNA :
DATA FINE CONSEGNA :

FORNITORE

Spett.le
(11252) FISHER & PAYKEL HEALTHCARE SAS
P.I.: FR31417626587
10,AVENUE DU QUEBEC - FRANCIA
91140 ROMA, RM
Telefono : 06.78392939
FAX : 06.78147709

Budget di Spesa : UAUT-2024-18/3

Conto : 0101020502 - Attrezzature generiche

Codice	Descrizione	UM	Quantita	Prezzo Unit.	%Sc	Imponibile	%IVA
246464		N	1,00	1 450,00	0,00	1 450,00	22,00
UMIDIFICATORE FISHERE PAYKEL AIRVO 2					0,00		

CIG: B2058FC0E1 - DET. NR. 2026 DEL 07/06/2024-
APPROVAZIONE PREVENTIVO ED
AFFIDAMENTO REPAIR EXCHANGE DI
UMIDIFICATORE AD ALTO FLUSSO F&P
AIRVO 2 COD. E011919 IN USO PRESSO
UOC TERAPIA INTENSIVA E
ANESTESIOLOGIA DEL PO DI PESCARA

Cdc: C08C01C00 UOC TERAPIA INTENSIVA E ANESTESIOLOGIA - PO PESCARA Q.tà 1,00

COD IVA	IVA%	IMPONIBILE	IMPOSTA
I22	22,00	1 450,00	319,00

TOTALE IMPONIBILE

1 450,00

TOTALE IVA

319,00

TOTALE ORDINE

1 769,00

Luogo consegna

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

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

ASL di PESCARA
via R. PAOLINI, 45
65124 PESCARA

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

N. 1191 del 20/06/2015
QUETTONI
a mezzo: cedente cessionario

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

SINCRONIS SRL
VIA FENNI, 6
20092 CINISELLO BALSAMO

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

IDENT

CALCOLO DEL TRASPORTO

VS. ORDINE N.

DEL

in conto
 a saldo

- PESO STRUTT. NON RISPANB. -

QUANTITÀ	DESCRIZIONE DEI BENI (natura e qualità)	IMPORTO (1)
01	UMIDIFICATORE FFP AIRVOL NS Cod. E012929 INV. ENTE 98242 S/N 210315250626 NS MOL PI MF; 2026/01282	

ASPETTO ESTERIORE DEI BENI SCATOLA 1	N. COLLI 2	PESO KG. 155	PORTO ASS	TOTALE €
Consegna o inizio trasporto a mezzo <input type="checkbox"/> cedente <input type="checkbox"/> cessionario ORA E DATA DEL RITIRO 12:30				FIRMA DEL CONDUCENTE
ANNOTAZIONI - VARIAZIONI				FIRMA DEL CESSIONARIO



inviato via FAX
17/05

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE

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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 17/05/2024 Numero:
 Richiedente: DI QUINZIO LIVIANA Telefono: 2520
 Presidio/Distretto: PESCARA
 Reparto: RIANIMAZIONE
 Inventario N.PE/: EO.11919 (Obbligatorio se presente)
 Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
 Apparecchiatura: ~~ARNO~~ ALI Fluss O₂
 Ditta Costruttrice: FISHER & PAYKEL
 Modello: AIRW 2 Matricola/Seriale: 210315250626

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente
 HA interrotto l'erogazione con errore
 EO1

FIRMA RICHIEDENTE: *[Signature]*

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/02281
 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).....

NON RIPARABILE