

Vs. riferimento
Ns. riferimento 2023/02795-P05805-P03135
Ns. sigle 2023-05120815
Data 05/12/2023

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

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

OGGETTO: **2023-05120815 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto**
2023/02795-P05805-P03135.

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto elencata siamo a riportare di seguito il dettaglio per la richiesta:

- 2023/02795 del 08/11/2023: Apparecchio per sollevamento malati Arjo Maxi Move c/o UOSD Chirurgia Generale del PO di Penne, inv. E008249, richiesta reparto: "Sollevatore fermo per guasto al caricabatterie e batteria rotta (si richiede sostituzione caricabatteria sn GB51070155 rotto e acquisto n. 1 batteria in sostituzione di quella rotta sn KPA0100 24V 5Ah)"; siamo intervenuti riscontrando l'assenza della batteria.
- 2023/P05805 del 13/11/2023: Defibrillatore Zoll AED Pro, c/o la Casa Circondariale di Pescara, inv. E006899, a seguito di manutenzione preventiva abbiamo riscontrato la necessità di sostituzione della batteria.
- 2023/P03135 del 10/07/2023: Ecotomografo Portatile Sonosite S-Nerve, c/o il Blocco Operatorio del PO di Pescara, inv. E004568, a seguito di manutenzione preventiva abbiamo riscontrato la necessità di sostituzione delle batterie.

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
3	Tutte	Installazione e controllo funzionale	240 €	0 €
1	2023/02795	Batteria Pb Arjo orig.	450,00 €	450,00 €
1	2023/P05805	Batteria AED Pro	340,00 €	340,00 €
1	2023/P03135	Batteria S-Series	620,00 €	620,00 €
PREZZO TOT			1.410,00 € + IVA	790,00 € + IVA

Distinti saluti
La Direzione Tecnica

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

pagina 1 di 1

Richiesta d'Intervento

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

Dettaglio richiesta - 2023/P05805 Tipo - Preventiva

Data 13/11/2023 08:00
Richiedente
Tecnico assegnatario Pedro jose Yopez
Guasto segnalato
Note DA TRATTARE COME STRAORDINARIA ALLEGATO C. Alfonso

Data guasto
Altro richiedente
Contratto 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA

Data ripristino 01/12/2023 11:30

Anagrafica apparecchio

Apparecchio E006899
Struttura Casa Circondariale Pescara
Padiglione CASA CIRCONDARIALE
Reparto Casa Circondariale-Pescara
Costruttore ZOLL MEDICAL CORP
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO
Centro di costo

CIVAB B43ZOLAE
Ubicazione Via San Donato, 2 Pescara
Piano TERRA
Stanza INFERMERIA GIUDIZIARIA
Modello AED PRO

Inventario ente 680080591
Matricola AA15I037562

Interventi

2023/P05805/05 01/12/2023 RI - Richiesta evasa	Guasto riscontrato Nessuno - Attività programmata Descr. attività Effettuata attività programmata come da Protocollo Note Manca piastra monouso
2023/P05805/04 30/11/2023 NR - In Attesa di approfondimento	Guasto riscontrato Descr. attività Batteria arrivata con ddt Omnicell allegato, la consegna a Pedro. Note
2023/P05805/03 24/11/2023 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	Guasto riscontrato Descr. attività Si autorizza preventivo di spesa Omnicell n° 17008 del 24.11.2023 per la fornitura di 01 batteria Li-On 4.2Ah originale Zoll, cod. Omnicell 1101502, versione non ricaricabile, TEMPI DI CONSEGNA " PRONTA". Note
2023/P05805/02 23/11/2023 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	Guasto riscontrato Descr. attività Si richiede preventivo di spesa ad Omnicell per la fornitura di 1 Batteria LiMnO2 cod. BTZ08000-0860-01. Note
2023/P05805/01 13/11/2023 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	Guasto riscontrato Nessuno - Attività programmata Descr. attività Attività programmata non eseguita Note

Codice Fornitore:

Causale Spedizione: **Vendita**

Numero DDT: **7684**

Del **29/11/2023** 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 1101502	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4531328430 DEL 28/11/2023 Rif.offerta n.: 17008 del 24/11/2023 BATT. Li-Ion 12V 4.2Ah ZOLL ORIG. - AED PRO - (Versione: NON RICARICABILE) - (Ref. Orig. ZL-8000-0860-01, ZL-1008-1003-01)	AV08230084	Pz 1,00		

Peso netto

Peso lordo

Annotazioni Generiche:

Aspetto esteriore dei beni:

SCATOLA

Numero colli

1

CORRIERE:

Vettore

01 GLS

Strada dei Laghi 4/6/8 53035 Monteriggioni SI

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:
Franco C/Addebito

DATA/ORA RITIRO
29/11/2023 11:05

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.

Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri, 8 - 50028 - Barberino Tavarnelle (FI)

C.F. - P.Iva - Iscr. Registro Imprese: 01013500523 - R.E.A. 659821 C.C.I.A.A. di Firenze - Capitale sociale € 25.822,84
Registro Nazionale Pile: IT09060P00000998 - Registro Nazionale AEE: IT09120000006402 - Contributo CONAI assolto ove dovuto

INFORMATIVA PRIVACY: i dati esposti nel documento saranno utilizzati soltanto per fini contabili ed amministrativi nel rispetto dell'Art 13 D.Lggs 196/2003

AUSL Pescara
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/P05805/05

Data Inizio 01/12/2023

Ora Inizio 11:15

Tipo Preventiva

Data Fine 01/12/2023

Ora Fine 11:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E006899

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore ZOLL MEDICAL CORP

Modello AED PRO

Presidio Casa Circondariale Pescara

Reperto Casa Circondariale-Pescara

Stanza CASA CIRCONDARIALE | TERRA | INFERMERIA GIUDIZIARIA

Matricola AA151037562

Inventario Ente 680080591

GUASTO RISCONTRATO

Nessuno - Attività programmata

DESCRIZIONE INTERVENTO

Effettuata attività programmata come da Protocollo

Manca piastra monouso

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

BTZ08000-0860-01

Batteria per Zoll Aer oro

1

NO

PROTOCOLLO

Codice DEF01

Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE

Rev.6 del 05/06/2017

ATTIVITA' SVOLTE

Pulizia apparecchiatura

Controllo integrità cavi/paziente, elettrodi e relative connessioni

OK

Controllo integrità dell'involucro dell'apparecchiatura

OK

Controllo funzionamento comandi diretti di attivazione e regolazione

OK

Controllo integrità supporti

OK

Controllo accessori (se disponibili)

OK

Controllo funzionamento luci, indicatori, spie luminose, display e similari

NA

Controllo integrità e scadenza piastre per la defibrillazione

OK

Controllo fusibili

NA

Controllo funzionamento del caricabatterie o alimentatore

NA

Controllo funzionamento sistema di registrazione e prova di stampa

OK

Controllo batterie

NA

Controllo assenza di fuoriuscita di acido e ossido dalla batteria

OK

Autotest diagnostico/autocalibrazione dell'apparecchiatura

OK

Legenda: OK= attività eseguita con esito positivo

KO = attività eseguita con esito negativo

NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio

NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento

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

Firma

Yopez Pedro Jose

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Giacola Erica

Erica Giacola



AZIENDA U.S.L. DI PESCARA
SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICALE

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE
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: 08/11/2023
Richiedente: Giovanna Di Costanzo Numero:
Presidio/Distretto: PENNE Telefono: 6243
Reperto: CHIRURGIA 4° PIANO
Inventario N.PE/: 58637 / E008249 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: SOLLEVATORE LINAK
Ditta Costruttrice: LINAK
Modello: TYPE:281100+0X16811X Matricola/Seriale: SN 261244-00

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo ☒

Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente

SOLLEVATORE FERMO PER GUASTO AL CARICABATTERIA E BATTERIA ROTTA

SI RICHIEDE SOSTITUZIONE CARICABATTERIA SN: GB51070155 (ROTTA)

E ACQUISTO N.1 BATTERIA IN SOSTITUZIONE DI QUELLA ROTTA (SN: KPA0100 24V 5Ah)

FIRMA RICHIEDENTE: GIOVANNA DI COSTANZO

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI

☒ N° ODL:

2023/02795

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)

DOCUMENTO DI TRASPORTO

Numero 4101 del 23/11/23

Pag. 1 di 1

(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 23/11/23 13:07		Vettore	
Istruzioni di consegna		Porto DAP - FRANCO	C.I.G./ C.U.P.: 7920276285		Riferimenti destinatario C.a. ufficio acquisti Tel: 0039 0854219875

Codice	Descrizione	Quantità		Saldo
310-0052	Vs ordine del 15/11/2023 n. 4531304391 Batteria Pb Arjo, 24V, 5000mAh, OEM originale consegna ca 10/15gg Part number: KPA0100 NR 1 lotto n. SPL3021 Serial number: A0050232666585	NR	1	Si

2023/02795

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

AUSL Pescara
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2023/02795/05

Data Inizio 30/11/2023

Ora Inizio 12:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 30/11/2023

Ora Fine 12:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E008249

Descrizione SOLLEVAMENTO MALATI, APPARECCHIO PER

Costruttore ARJO HOSPITAL EQUIPMENT AB

Modello MAXI MOVE

Presidio PO Penne

Reparto UOSD CHIRURGIA GENERALE PENNE

Stanza PALAZZO VECCHIO | 3 | DEPOSITO - AFO CHIRURGICA

Matricola SEE0815361

Inventario Ente 00660058637

GUASTO RISCONTRATO

Batteria/e esaurita/e

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Consegna batteria

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

KPA0100

batteria 24V 5Ah

2

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

Yopez Pedro Jose

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Di Costanzo Giovanna

Firma

