

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02218  
Ns. sigle 2024-02100916  
Data 02/10/2024

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: 2024-02100916 Preventivo per la fornitura di un telecomando per il Tavolo Operatorio Maquet 1140, inv. E006289, in dotazione presso il Blocco Operatorio del PO di Popoli, a seguito della richiesta di reparto 2024/02218 e di nostra comunicazione del 09/09/2024.**

U Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto nel quale veniva richiesto: "Il Telecomando non funziona", siamo intervenuti riscontrando che il telecomando risultava spaccato e non funzionante (report fotografico inviato in data 09/09/2024). Pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura di quanto in oggetto:

| Quantità   | Descrizione            | Prezzo Unitario  | Prezzo     |
|------------|------------------------|------------------|------------|
| 1          | Intervento di consegna | 120 €            | 0 €        |
| 1          | Hand Control 1140      | 2.500,00 €       | 2.500,00 € |
| PREZZO TOT |                        | 2.500.00 € + IVA |            |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**A.R.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

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



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**

Inviare via mail a [assistenamedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenamedicali.pescara@ism-sms.it)

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

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 06/09/2024  
**Richiedente:** PESCARA ANTONELLA  
**Presidio/Distretto:** POPOLI  
**Reparto:** SALA OPERATORIA  
**Inventario N.PE/:** E006289 (Obbligatorio se presente)  
**Barrare se applicabile** ☐ Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** tavolo operatorio  
**Ditta Costruttrice:** maquet  
**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒

Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente .....

IL TELECOMANDO NON FUNZIONA .....

**FIRMA RICHIEDENTE:** PESCARA ANTONELL

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**Contratto ATI** ☒ N° ODL: 2024/02218 Area  
**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).....

- STRAORDINARIA -



GETINGE \*

Getinge Logistics AB, P.O. Box 69, 305 05 Getinge, Sweden

SIEMENS HEALTHCARE  
C/O OSP S SPIRITO - LABORATORIO ATI  
TEL 085 4219875  
VIA R. PAOLINI 45  
I-65124 PESCARA PE  
Italy

**Delivery**  
**5580291279**

21.11.2024

Customer: 9001600  
Order no.: 5500240540  
Purchase order no.: 2006103357/3051111180  
Purchase order date: 21.11.2024  
Delivery date: 27.11.2024  
Shipping point: Getinge Logistics AB  
Person in charge: EMEA Logistics  
Email: getingelogistics.dft.emea@getinge.com  
Sold-To:

Final  
Ship-To:

**Forwarding details:**

In case your shipment arrives damaged, do not refuse acceptance! Please claim at the forwarding agent and/or Getinge sales office

PO-Ship to Partner: 4532044818  
Terms of dispatch: L2 Parcel Service  
Terms of delivery: DAP Destination  
Quantity of packages: 1  
Gross weight: 0,780 KG  
Net weight: 0,520 KG

Customer order number: 4532044818 2024-11-18

| Item | Material Description                                                                                                                  | Quantity | Weight   |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 10   | 311029CE<br>Hand control 1140, 1420.02 with 0<br>Country of origin DE<br>Packed in C5845358<br>colli-No(s):<br>Part of main material: | 1 EA     | 0,901 KG |

RDL  
2024/02/28

Per ricevuta

Getinge Logistics AB  
P.O. Box 69  
SE-305 05 Getinge  
SWEDEN

VAT No. NL816093416B01  
EORI: SE556547-8798  
Phone: +46 10 335 0000  
www.getinge.com

Skandinaviska Enskilda Banken AB  
Bankgiro: 5144-2192  
SEK SWIFT: ESSESESSXXX  
SEK IBAN: SE2550000000055651068252

EUR SWIFT: ESSEFIHXXX  
EUR IBAN: FI2433010001248889  
USD SWIFT: ESSESESSXXX  
USD IBAN: SE3650000000055658222095

**RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE**

**DETTAGLI INTERVENTO**

Codice 2024/02218/07

Data Inizio 25/11/2024

Ora Inizio 14:30

Tipo Straordinaria

Data Fine 25/11/2024

Ora Fine 14:45

**DETTAGLI APPARECCHIATURA**

Codice Apparecchio E006289

Descrizione TAVOLO OPERATORIO A PIANI CARRELLATI, BASAMENTO

Costruttore MAQUET GMBH & CO KG

Modello 1140 BETAMAQUET

Presidio PO Popoli

Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

Stanza VECCHIO PADIGLIONE | 2 | SALA B

Matricola NE

Inventario Ente 00670048481

**GUASTO RISCONTRATO**

rientrato da riparazione

**DESCRIZIONE INTERVENTO**

si effettua riconsegna in reparto

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

**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

D'Agostino Michele

Firma



**UTENTE PER PRESA VISIONE**

Cognome Nome

D'Avolio Federica

Firma



Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02212  
Ns. sigle 2024-02100948  
Data 02/10/2024

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: 2024-02100948 Preventivo per la riparazione del defibrillatore Physio Control Lifepak 20E Inv. E003033 in dotazione presso la Cardiologia del PO di Pescara, a seguito di richiesta di intervento 2024/02212 e di nostra comunicazione del 06/09/2024.**

U Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta di intervento nel quale veniva segnalato "Sportello in plastica a protezione del comando tasti rotto", siamo intervenuti col nostro tecnico riscontrando quanto comunicato dal reparto (report fotografico trasmesso in data 06/09/2024).

Pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la riparazione del defibrillatore in oggetto:

| Quantità   | Descrizione                                                                  | Prezzo Unitario | Prezzo   |
|------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| 1          | Riparazione Defibrillatore con sostituzione del front case e del case bottom | 900,00 €        | 900,00 € |
| PREZZO TOT |                                                                              | 900,00 €+ IVA   |          |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**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**

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



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**  
Inviare via mail a [assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 06/09/2024  
**Richiedente:** CIFARATTI NICOLA  
**Presidio/Distretto:** PESCARA  
**Reparto:** CARDIOLOGIA 1 piano ALA EST - Sala Infermieri  
**Inventario N.PE/:** E003033 (Obbligatorio se presente)  
**Barrare se applicabile** ☐ Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** Defibrillatore  
**Ditta Costruttrice:** Medtronic  
**Modello:** LIFEPAK 20e  
**Numero:** .....  
**Telefono:** 2586  
**Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☐ Apparecchio parzialmente funzionante ☒  
**Descrizione guasto/inconveniente** Sportello in plastica a protezione comando tasti rotto

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI) **FIRMA RICHIEDENTE:** CIFARATTI NICOLA

**Contratto ATI** ☒ N° ODL: 2024/0222 MICHELE  
**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).....  
.....  
.....

# ProCare Services

## Field Service Report

Ordine di Lavoro ID: WO-07771137  
ID: 19320560  
Data Intervento: 13-01-2025  
Ora Intervento: 12:00

Stryker Italia S.r.l - S.U.  
Magazzino e Servizio Tecnico:  
Via degli Olmetti 1  
00060 Formello (RM)  
Italia  
e-mail: emea.rom.ts@stryker.com

stryker

RdL 2024/02212  
ORDINE

1532044822

del 13.11.24

### Dettagli

Nome Cliente: OSP. DI PESCARA AZ. U.S.L. DI PESCARA

Numero conto  
Cliente: IT005850

Numero  
Contratto:

Numero PO: 2024/02212

Tipologia  
ordine di  
lavoro: Preventative Maintenance

### Prodotto/i da Revisionare/Controllare

Codice Prodotto

70507-000168

Descrizione Prodotto

LIFEPAK 20e PREMIUM

Seriale #

40001063

### Descrizione Problema

manutenzione

### Note Revisione/Controllo

Ricerca guasto, sostituzione parti guaste. Eseguito con esito positivo aggiornamento software V174 CMME, la manutenzione, le prove di funzionalità e le verifiche di sicurezza elettrica.

### Parti di ricambio utilizzate

Nome Prodotto

KIT-REPAIR, FRONT CASE, LP20  
KEYPAD-ELASTOMER, ALL OPTIONS, ITALIAN  
CASE-BOTTOM, LP 20, WITH FEET ATTACHED  
BATTERY-LITH, 3V, COIN  
LABEL-ADULT VF DOSE, AHA 05, ITALIAN

Codice Prodotto

40402-000002

21300-004714

21300-004889

21300-001052

21501-001857

Qta

1

1

1

1

1

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02212/09

Data Inizio 15/01/2025

Ora Inizio 14:15

Tipo Straordinaria

Data Fine 15/01/2025

Ora Fine 14:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E003033

Descrizione DEFIBRILLATORE MONITOR

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

Modello LIFEPAK 20E

Presidio PO Pescara

Reparto UOC UTIC E CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA

Stanza PE EST | 1 | MAGAZZINO

Matricola 40001063

Inventario Ente 00650065650

GUASTO RISCONTRATO

rientrato da riparazione

DESCRIZIONE INTERVENTO

si effettua riconsegna

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

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

D'Agostino Michele

Firma

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Di Giovanni Andreina

Firma

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02081  
Ns. sigle 2024-07101230  
Data 07/10/2024

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: **2024-07101230 Preventivo per la riparazione del Monitor multifunzionale Draeger Mod. Infinity C700 Inv. E004513 in dotazione presso il Blocco Operatorio del PO di Pescara, a seguito di richiesta di 2024/02081 e di nostra comunicazione di guasto accidentale del 21/08/2024.**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta di intervento del reparto nel quale veniva segnalato "touch screen lesionato (sala 10)", siamo intervenuti col nostro tecnico e constatato che a seguito di probabile caduta/urto c'è stata la rottura dello stesso (come da video inviato in data 21/08/2024); pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la riparazione del monitor in oggetto:

| Quantità   | Descrizione                                                 | Prezzo Unitario | Prezzo  |
|------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
| 1          | Installazione e controllo funzionale                        | 120 €           | 0 €     |
| 1          | Riparazione in casa madre con sostituzione del touch screen | 2.500 €         | 2.500 € |
| PREZZO TOT |                                                             | 2.500 € + IVA   |         |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**ATI**  
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

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



**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

Inviare via mail a [assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

| DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)                                                                   |                                                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|
| Data Richiesta:                                                                                                             | 21.8.04                                           | Numero:                 |
| Richiedente:                                                                                                                | CONFERA SACRILENTI                                | Telefono:               |
| Presidio/Distretto:                                                                                                         | PESCARA                                           |                         |
| Reparto:                                                                                                                    | B.O.                                              |                         |
| Inventario N.PE/:                                                                                                           | (Obbligatorio se presente)                        |                         |
| Barrare se applicabile                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Comodato/Leasing/Service |                         |
| Apparecchiatura:                                                                                                            | MONITOR RESPIRATORI                               |                         |
| Ditta Costruttrice:                                                                                                         | V. R. G. E. R.                                    |                         |
| Modello:                                                                                                                    | Matricola/Seriale: E004513                        |                         |
| <b>SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE</b>                                                                                    |                                                   |                         |
| Apparecchio completamente fermo <input type="radio"/> Apparecchio parzialmente funzionante <input checked="" type="radio"/> |                                                   |                         |
| Descrizione guasto/inconveniente                                                                                            |                                                   |                         |
| IDUCA SCREEN LESIONATO<br>(SAL 10)                                                                                          |                                                   |                         |
| SUA ORDINARIA                                                                                                               |                                                   |                         |
| FIRMA RICHIEDENTE: [firma]                                                                                                  |                                                   |                         |
| <b>NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)</b>                                                                 |                                                   |                         |
| Contratto ATI                                                                                                               | <input checked="" type="radio"/> N° ODL:          | 2024/02091 TARINO       |
| Garanzia:                                                                                                                   | <input type="radio"/> Ditta:                      | Telefono:               |
| Comodato/Leasing/Service:                                                                                                   | <input type="radio"/> Contatto:                   | Intervento previsto il: |
| Convenz. non di Proprietà:                                                                                                  | <input type="radio"/> Preventivo N°:              | Data Preventivo:        |
| Non competenza ATI:                                                                                                         | <input type="radio"/> Inoltrato a:                | Data Inoltrato:         |
| Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI)                                                                      |                                                   |                         |
| Sms o sms ma                                                                                                                |                                                   |                         |

## Rapporto Tecnico

Codice Cliente no. Contratto  
0091158655

Chiamata no.  
T00050066

Data intervento  
03/12/2024

Intervento effettuato presso (0091038936)

AZIENDA USL PESCARA  
C/O SIEMENS H.C HOSPITAL CONSULTING  
MARIFARMA FM  
VIA RENATO PAOLINI 45-47  
65100 PESCARA

Riferimento ordine / Data apertura chiamata  
4532045993 A1602842 del 19/11/2024  
Contatto:

Cliente indirizzo (0091158655)  
Siemens Healthcare S.r.l.  
Via Vipiteno 4  
20128 Milano

### Referente tecnico

Aldo Cerasino  
Tel.: +39 024 587 2320  
Aldo.Cerasino@draeger.com

### Note

PORTO FRANCO - RESO RIPARATO

Pag. 1 / 2

| Pos. | Quant.     | Articolo no. | Descrizione                     | Elenco apparecchi no. |
|------|------------|--------------|---------------------------------|-----------------------|
| 010  | 4,00 Ora   | R004         | Tempo di riparazione - Officina | 001                   |
| 020  | 1,00 Pezzo | MK31425      | Touch Screen M14.7              | 001                   |
| 030  | 1,00 Pezzo | MQ90238      | Cleaning / Disinfection         | 001                   |
| 040  | 1,00 Pezzo | MQ91963      | Freight charge                  | 001                   |

Fare riferimento all'elenco apparecchi per I dettagli.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02081/09

Data Inizio 06/12/2024

Ora Inizio 11:30

Tipo Straordinaria

Data Fine 06/12/2024

Ora Fine 12:00

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E004513

Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, UNITA' DI CONTROLLO

Costruttore DRAEGER MEDICAL AG & CO KG

Modello INFINITY C700

Presidio PO Pescara

Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

Stanza PE | TERRA | SALA 5

Matricola 379322003

Inventario Ente 650084137

GUASTO RISCONTRATO

touch screen non funzionante

DESCRIZIONE INTERVENTO

apparecchiatura riparata Draeger, si riconsegna al reparto

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

NOTE

come da accordi con Anna D'Aloisio l'apparecchiatura completa di tastiera viene lasciata in sala P.A.C.U.

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

Sborgia Marino

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

giorgio de petris

Firma



Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/01776  
Ns. sigle 2024-10101418  
Data 10/10/2024

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: 2024-10101418 Preventivo per la taratura della sonda dosimetro Berthold LB124 Scint, inv. E014403, in garanzia, sita c/o la UOSD FISICA SANITARIA del PO di Pescara, a seguito della richiesta di reparto 2024/01776.

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto 2024/01776 dove veniva indicato: "Da tarare con <sup>60</sup>Co, <sup>137</sup>Cs e <sup>241</sup>Am". Riportiamo pertanto, di seguito, la nostra migliore offerta:

| Quantità   | Descrizione                                       | Prezzo Unitario | Prezzo Offerto |
|------------|---------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| 1          | Taratura e Calibrazione contaminometro in 3 punti | 700.00€         | 700.00€        |
| PREZZO TOT |                                                   | 700,00 €+ 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 DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**

Inviare via mail a [assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it)

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

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 12/07/2024  
**Richiedente:** Sara De Novellis  
**Presidio/Distretto:** Asl Pescara  
**Reparto:** Fisica Sanitaria  
**Inventario N.PE/:** e014403 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile* ☐ Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** Contaminometro  
**Ditta Costruttrice:** Berthold  
**Modello:** Ib 124 Scint-D  
**Numero:** .....  
**Telefono:** 2848  
**Matricola/Seriale:** 10-8052

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☐ Apparecchio parzialmente funzionante ☒

Descrizione guasto/inconveniente .....

Rivelatore per contaminazione superficiale da tarare con Cl-36, Cs-137 e Am-241.

*S. De Novellis*

**FIRMA RICHIEDENTE:** Sara De Novellis

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**Contratto ATI** ☒ N° ODL: 2024/05776  
**Garanzia:** ☒ Ditta: BERTHOLD 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).....



**Berthold Italia S.r.l.**

Via Achille Grandi 70/80 20862 Arcore (MB) Italy  
Tel.: +39 039 2873064 - Fax: +39 039 2142938  
Codice Fiscale-Partita I.V.A IT04704120155  
e-mail:berthold-italia@berthold.com

**Documento di Trasporto**

D.P.R. 472 del 14.08.1996 - D.P.R. 696 del 21.12.1996

**Destinatario:**

Siemens Healthcare S.r.l  
Via Vipiteno, 4  
20128 MILANO MI

**Documento numero:**

**Data documento:**

**96**

**21/03/2025**

**Destinazione:**

Siemens HealtCare C/O OSP S. Spirito  
Pescara Laboratorio ATI  
tel.: 085 4219875  
ASL Pescara  
Via Paolini, 45  
65124 Pescara PE

|                          |                               |                                  |                                      |           |
|--------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------|
| Cod. cliente<br>10901004 | Partita IVA<br>IT 12268050155 | Codice Fiscale<br>IT 04785851009 | Causale del trasporto<br>Riparazione | Pag.<br>1 |
| CIG<br>B435406F75        | CUP                           |                                  |                                      |           |

| Item   | Codice Articolo | Descrizione della merce o servizio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | UM | Quantità |
|--------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|
| 1<br>2 |                 | Ns. Rif. OC: 2025.5 del 07/01/2025<br>Rif.Vs.Ordine: 4532046079 del 19/11/2024<br>Rif. ns. offerta n. 2024-462/1 del 12/07/2024<br>Rif. Vs. DdT n. 1472 del 08/01/2025 per materiale in c/to taratura<br>Vs. cod. inventario E014403, INV. ASL 105343<br>Vs. rif. RDL 2024/01776- order 4532046079-19/11/2024<br>Vs. PROT. N. 55051<br>DETERMINA N. 3960<br>CIG: B435406F75 |    |          |
| 4      | 60026-10        | Siemens- H.C. Marifarma FM - c/o A.U.S.L. Pescara<br>Laboratori A.T.I. c/o Osp S. Spirito Pescara<br>ORG-ID: A1602842<br>Rif. interno: 70360496<br>LB 124 SD contaminometro portatile con rivelatore alfa e beta/gamma 170 cm2<br>ZnS, include rivelare GM per rateo di dose, fornito con batterie Alcaline usa e getta<br>Tariffa doganale: 90301000<br>S/N: 10-8052       | N. | 1        |

RDL 2024/01776  
" STANDARD "

|                                                                                                   |                                    |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Trasporto a mezzo<br>VETTORE                                                                      | Porto<br>Delivery Duty Paid        | Aspetto dei beni<br>Cartone - Dim. Cm. 38x24x20 |
| Numero colli<br>1                                                                                 | Peso netto                         | Firma conducente                                |
| Annotazioni                                                                                       | Peso lordo<br>1,5                  | Firma destinatario                              |
|                                                                                                   | Data e ora trasporto<br>21/03/2025 | Firma del vettore                               |
| Trasportatore<br>DHL EXPRESS Cod. Abb. 102346370 Via Lombardia 2/A 20068<br>PESCHIERA BORROMEO MI |                                    |                                                 |

# RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

## DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/01776/10

Data Inizio 24/03/2025

Ora Inizio 14:26

Tipo Straordinaria

Data Fine 24/03/2025

Ora Fine 14:56

## DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E014403

Descrizione DOSIMETRO

Costruttore BERTHOLD TECHNOLOGIES GMBH & CO KG

Modello LB 124 SCINT

Presidio PO Pescara

Reparto UOSD FISICA SANITARIA

Stanza PE POLIAMBULATORI | -1 | STUDIO MEDICO FISICO

Matricola 10-8052

Inventario Ente 105053

## GUASTO RISCONTRATO

Nessuno - Attività programmata

Richiesta Taratura

## DESCRIZIONE INTERVENTO

Smontaggio / Montaggio apparecchiatura

Effettuata attività programmata come da Protocollo

Riconsegnato strumento tarato unitamente ai certificati di taratura

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

## 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

Di Luzio Gianni

Firma

*Gianni Di Luzio*

## UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

dssa Sara De Novellis

Firma

*Sara De Novellis*

2024/106647-106648-106649-106650-106651-106652

PREVENTIVO ATI SIEMENS HEALTHCARE SRL, HOSPITAL CONSULTING SPA, MARIFARMA FM SRL

Vs. riferimento  
Ns. riferimento Mail 14/10/2024  
Ns. sigle 2024-23101213  
Data 23/10/2024

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: **2024-23101213 Preventivo per le verifiche funzionali con controllo della contaminazione particellare at rest/operational con cadenza semestrale secondo le guide EU GMP Annex 1 di n. 6 cappe ubicate c/o UOSD Biobanche del PO di Pescara, a seguito della richiesta di reparto a mezzo mail dello scorso 14/10/2024.**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto del 14/10/2024 nel quale veniva richiesta la verifica funzionale secondo le guide EU GMP Annex 1 (verifiche at rest/operational) per le seguenti cappe:

| Inv.    | Apparecchiatura         | Modello        | Costruttore       | s/n      | Inven. Asi | Stato  | Ubicazione                                 |
|---------|-------------------------|----------------|-------------------|----------|------------|--------|--------------------------------------------|
| E005494 | Cappa A Flusso Laminare | Herasafe Ks 12 | Thermo Scientific | 41463306 | Pe 86250   | In Uso | Area Trapianti (Locale 11)                 |
| E005476 | Cappa A Flusso Laminare | Herasafe Ks 12 | Thermo Scientific | 41463305 | Pe 86247   | In Uso | Accettazione Area Farmaceutica (Locale 25) |
| E005455 | Cappa A Flusso Laminare | Herasafe Ks 12 | Thermo Scientific | 41463304 | Pe 86249   | In Uso | Area Farmaceutica (Locale 15)              |
| E001015 | Cappa A Flusso Laminare | Herasafe Ks 12 | Thermo Scientific | 41463302 | Pe 86248   | In Uso | Ematologia Sud (Cad) - 5° Piano            |
| E005470 | Cappa A Flusso Laminare | Herasafe Ks 18 | Thermo Scientific | 41463300 | Pe 86253   | In Uso | Area Farmaceutica (Locale 22)              |
| E005458 | Cappa A Flusso Laminare | Herasafe Ks 18 | Thermo Scientific | 41463301 | Pe 86254   | In Uso | Area Farmaceutica (Locale 18)              |

Pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per le verifiche semestrali richieste per il mese di novembre 2023:

| Quantità   | Descrizione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Prezzo Unitario | Prezzo  |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|
| 6          | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verifica della concentrazione massime di particolato aerotrasportato grado "A" secondo ANNEX 1 EU GMP CLASSE ISO 5</li> <li>✓ Misura efficienza filtri e loro integrità con contatore di particelle secondo norme ISO EN 14644-1, (Norme GMP Annex 1);</li> <li>✓ Controllo velocità flusso laminare in accordo alla norma EN 12469;</li> <li>✓ Scansione dei filtri e delle battute;</li> <li>✓ Verifica effettuata "AT REST" Classe ISO 5;</li> <li>✓ Verifica effettuata "IN OPERATION" Classe ISO 5;</li> <li>✓ Smoke Pattern Test.</li> </ul> | 850 €           | 5.100 € |
| PREZZO TOT |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 5.100,00 €+ IVA |         |

Distinti saluti

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

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**ATI**  
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

pagina 1 di 1

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital Consulting**  
SANTITÀ E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management

## Sarnicola, GIOVANNI (ext)

**Da:** Antonello Brattelli <antonello.brattelli@asl.pe.it>  
**Inviato:** lunedì 14 ottobre 2024 09:19  
**A:** Sarnicola, GIOVANNI (ext)  
**Cc:** assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it  
**Oggetto:** Richiesta pianificazione verifiche funzionali Cappe a flusso laminare UOSD ITCS e Biobanche - PO Pescara.

Gent.mo ing. Sarnicola

in riferimento all'oggetto e come da accordi verbali intercorsi, si chiede cortesemente la pianificazione delle verifiche funzionali at rest ed operational di N.6 cappe a flusso laminare, secondo normativa GMP, con periodicità semestrale, di proprietà dell'UOSD ITCS e Biobanche del PO di Pescara. Le ultime verifiche sono stata eseguite in data 14/05/2024. Le cappe da mantenere sono di seguito riportate:

|                               |            |          |       |           |                          |
|-------------------------------|------------|----------|-------|-----------|--------------------------|
| KF- CAPPA A FLUSSOHERASAFE KS | THERMO     | 41463306 | PE    | Proprietà | Area trapianti (LOC. 11) |
| 04 LAMINARE 12                | SCIENTIFIC |          | 86250 |           |                          |
| KF- CAPPA A FLUSSOHERASAFE KS | THERMO     | 41463305 | PE    | Proprietà | Accettazione area        |
| 06 LAMINARE 12                | SCIENTIFIC |          | 86247 |           | farmaceutica (LOC. 25)   |
| KF- CAPPA A FLUSSOHERASAFE KS | THERMO     | 41463304 | PE    | Proprietà | Area                     |
| 03 LAMINARE 12                | SCIENTIFIC |          | 86249 |           | farmaceutica (LOC 15)    |
| KF- CAPPA A FLUSSOHERASAFE KS | THERMO     | 41463302 | PE    | Proprietà | Ematologia SUD (CAD)     |
| 05 LAMINARE 12                | SCIENTIFIC |          | 86248 |           |                          |
| KF- CAPPA A FLUSSOHERASAFE KS | THERMO     | 41463300 | PE    | Proprietà | Area farmaceutica        |
| 02 LAMINARE 18                | SCIENTIFIC |          | 86253 |           | (LOC. 22)                |
| KF- CAPPA A FLUSSOHERASAFE KS | THERMO     | 41463301 | PE    | Proprietà | Area farmaceutica        |
| 01 LAMINARE 18                | SCIENTIFIC |          | 86254 |           | (LOC. 18)                |

Restando a disposizione per eventuali chiarimenti e ringraziando anticipatamente, porgo cordiali saluti

Dott. Antonello Brattelli, Dirigente Biologo  
ASL Pescara, Ospedale Civile "Spirito Santo", Dipartimento Oncologico - Ematologico, UOSD Istituto dei Tessuti e Biobanche  
Telefono: 085/4252374-2264

*Il testo e gli eventuali documenti trasmessi contengono informazioni riservate appartenenti alla ASL di Pescara ed al mittente sopra indicati. La presente e-mail è confidenziale e la sua riservatezza è tutelata legalmente dal Regolamento Ue n.679/2016 e da leggi civili e penali in materia. Qualora abbiate ricevuto questa e-mail per errore siete cortesemente pregati di provvedere a darne immediata comunicazione al mittente, mediante l'indirizzo di posta elettronica o i numeri telefonici indicati per poi procedere alla immediata cancellazione. Si avvisa che la divulgazione del contenuto a Lei non indirizzato costituisce condotta punibile penalmente ai sensi degli artt.616 e 618 c.p. e che tutti i danni che dovessero derivare, al mittente o a terzi, a causa di tale illecita diffusione saranno oggetto di tutela risarcitoria ex art.2043 c.c. dinanzi alla competente autorità giudiziaria. Grazie per la collaborazione e la disponibilità.*

Via G. Sacconi, 26 - 06132 PERUGIA - Tel. 075.5289304 - Fax 075.5270182  
E-mail: genelab@genelab.eu - http://www.genelab.eu - C.F. / P.IVA 01946930540

## RAPPORTO DI INTERVENTO SEZ. CONTROLLO COLLAUDI

N. 572/24

ANNO 2024

DATA 11/11

### Intervento eseguito presso:

CLIENTE AUSL PESCARA - P.O. SANTO SPIRITO  
IST./REP. Biobanche  
INDIRIZZO Via Fonte Romana,8, 65124 Pescara (PE)

### Intervento da fatturare a:

CLIENTE SIEMENS HEALTHCARE S.R.L.  
UFF. \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO VIA VIPITENO, 4, 20128 MILANO (MI)  
Partita IVA 12268050155

Ns. PREV. 725/24/VS1

N. ORDINE CLIENTE 4532046504

### INTERVENTO ESEGUITO

### SU APPARECCHIATURE

| N° GEN  | Tipo                  | N° Inventario   | Modello | N° Serie |
|---------|-----------------------|-----------------|---------|----------|
| 1 01636 | Cappa Flusso Laminare | E005476 (KF-06) | KS 12   | 41463305 |
| 2 01637 | Cappa Flusso Laminare | E005470 (KF-02) | KS 18   | 41463300 |
| 3 01638 | Cappa Flusso Laminare | E005458 (KF-01) | KS 18   | 41463301 |
| 4 01639 | Cappa Flusso Laminare | E005455 (KF-03) | KS 12   | 41463304 |
| 5 01640 | Cappa Flusso Laminare | E005494 (KF-04) | KS 12   | 41463306 |
| 6 01641 | Cappa Flusso Laminare | E001015 (KF-05) | KS 12   | 41463302 |

BOLLA CONSEGNA N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_

### TIPO INTERVENTO

☒ DA FATTURARE

☐ COLLAUDO

☐ IN GARANZIA

DATA

ORE LAVORO

ORE VIAGGIO A/R

ORE TOTALI

11/11/2024

NOTE A CURA DEL TECNICO Sig.: Simone Molinari

Effettuato controllo funzionale e verifica GMP 'at rest' e 'operational' come da nostra procedura descritta in offerta.

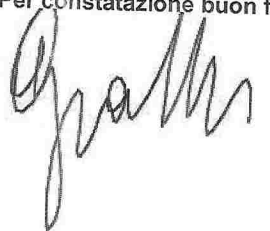
NOTE A CURA DEL CLIENTE: \_\_\_\_\_

FIRMA TECNICO



FIRMA CLIENTE

Per constatazione buon funzionamento



Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02474  
Ns. sigle 2024-23101232  
Data 23/10/2024

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: **2024-23101232 Preventivo per la riparazione del Monitor multiparametrico Nihon Kohden PVM 4763 Inv. E012559 in dotazione presso la UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Urgenza del PO di Pescara, a seguito di richiesta di 2024/02474 e di nostra comunicazione di guasto accidentale del 07/10/2024.**

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta di intervento nel quale veniva segnalato "rotto schermo touch", siamo intervenuti col nostro tecnico e constatato che a seguito di caduta il touch screen del monitor risulta rotto e non funzionante (come da report fotografico inviato in data 07/10/2024). Pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la riparazione del monitor in oggetto:

| Quantità   | Descrizione                                   | Prezzo Unitario | Prezzo  |
|------------|-----------------------------------------------|-----------------|---------|
| 1          | Installazione e controllo funzionale          | 120 €           | 0 €     |
| 1          | Riparazione con sostituzione del touch screen | 1.500 €         | 1.500 € |
| PREZZO TOT |                                               | 1.500 € + IVA   |         |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**ATI**  
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

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

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**

Inviare via mail a [assistenzameditali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzameditali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 04/10/2024  
**Richiedente:** M.G. BIANCHI  
**Presidio/Distretto:** PO PE  
**Reparto:** MCAU  
**Inventario N.PE/:** E012559 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile* ☐ Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** MULTIPARAMETRICO  
**Ditta Costruttrice:** NIHON KODEN  
**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒ Apparecchio parzialmente funzionante ☐  
**Descrizione guasto/inconveniente** ROTTO SCHERMO TOUCH

*STADPAINSLU*

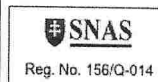
**FIRMA RICHIEDENTE:** M.G. BIANCHI

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

**Contratto ATI** ☒ N° ODL: 2024/02474 *MEHELE*  
**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).....



SC FORNITURE OSPEDALIERE S.R.L.  
Via Galileo Galilei, 33 - 63822 Porto San Giorgio (FM)  
Tel. 0734 673043 - Fax. 0734 672604  
Codice fiscale e Partita Iva 02025770443- REA: FM 191721  
www.scfornitureospedaliere.it - info@scfornitureospedaliere.it



## DOCUMENTO DI TRASPORTO

(D.P.R. 472 del 14/8/96)

Vs. riferimento

Spett.le

**SIEMENS HEALTHCARE SRL**  
**VIA VIPITENO, 4**  
**20128 MILANO (MI) Italia**

| Cod. Cli. | Partita IVA   | Codice fiscale | Riferimento Telefonici | Numero D.D.T. | Data D.D.T. | Pag.   |
|-----------|---------------|----------------|------------------------|---------------|-------------|--------|
| C334      | IT12268050155 | 04785851009    |                        | 0767/2024     | 04/12/2024  | 1 Di 1 |

| Codice       | Descrizione                                                                                                                                                           | U.M. | Quantità | S/P |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------|-----|
| PVM-4763SETA | MONITOR MULTIPARAMETRICO VISMO PVM-4763 SERIE PVM-4700 DOTATO DI 2 MULTI CONNETTORI SMART, SCHEDE DI RETE, SW INIBP, SW S.I. ***SENZA ACCESSORI***<br>Lotto S/N: 3439 | Pz   | 1,00     | S   |

riferimento OL 24/1126  
VOSTRO DDT 1445 DEL 07/10/2024

ORDINE 4532 Ph 7482  
del 19.12.24

|                                                                                                                  |      |                          |                  |                       |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------|------------------|-----------------------|-------------------|
| N. Colli                                                                                                         | Peso | Causale del trasporto    | Aspetto dei beni | Data del trasporto    | Ora del trasporto |
| 1                                                                                                                |      | Reso da Riparazione      | CARTONI          | 04/12/2024            |                   |
| Trasporto a cura di<br>MITTENTE                                                                                  |      | Incaricato del trasporto |                  | Porto<br>PORTO FRANCO |                   |
| Destinazione della merce                                                                                         |      |                          |                  |                       |                   |
| SIEMENS HEALTHCARE SRL<br>LABORATORIO ATI C/O OSPEDALE S.SPIRITO<br>VIA PAOLINI, 45<br>65124 Pescara (PE) Italia |      |                          |                  |                       |                   |

FIRMA del  
conducente/vettore

FIRMA del  
destinatario

# RAPPORTO TECNICO

Ordine di  
Lavoro

Del

24/11/26

03/10/2024

Nr. RT/14204

CLIENTE

SIEMENS HEALTHCARE

STRUMENTO

MONITOR MULTIPARAMETRICO PMH 4763

OSPEDALE

PESCARA

MATRICOLA

3439

REPARTO

PRONTO SOCCORSO

INVENTARIO

E012559

RIFERIMENTO CLIENTE

2026/02674

DATA RIFERIMENTO CLIENTE

08/10/2024

TECNICO ASSEGNATARIO

Simone Ancona

TIPO INTERVENTO

FG

DESCRIZIONE

ROTTA SCHERZO TOUCH

GUASTO RISCONTRATO

A CONCLUSIONE PRECEDENTE INTERVENTO AVENTE

RICERCA GUASTO

RT/13938 DEL 10/10/2024, SI ESEGUE RIPRISTINO

FUNZIONALE MONITO IN OGGETTO COPE DA

PREVENTIVO N° 24/1126 REGOLARMENTE ACCETTATO.

IL TUTTO CON ESTO RIST. VO

LAVORO ESEGUITO

VERIFICA FUNZIONALE

OK

Codice

Descrizione

Seriale

Q.tà

ORE LAVORO IN  
LABORATORIO

RPA6141800846 FRONT ENCLOSURE P1/2 PER  
PMH-4700

001769485

01

3

ORE LAVORO  
DAL CLIENTE

ORE  
VIAGGIO

CAT

TECNICO

ANCONA

DATA

03/12/2024

CLIENTE

FIRMA



FIRMA E TIMBRO

SIEMENS - HEALTHCARE CONSULTING MATERIALS FM  
Via Pacifici 47 - PESCARA  
Tel. 085 4332922 - Fax 085 4332924



# RAPPORTO TECNICO

Ordine di  
Lavoro  
24/1126

Del  
09/10/2024

Nr. RT/13938

## CLIENTE

SIEMENS HEALTHCARE SRL

## OSPEDALE

P: OSPEDALE SANTO SPIRITO, Pescara (PE), VIA  
FONTE ROMANA, 8

## REPARTO

PRONTO SOCCORSO

## RIFERIMENTO CLIENTE

2024/02474

## TECNICO ASSEGNATARIO

Simone Ancona

## TIPO INTERVENTO

☒ FUORI GARANZIA ☐ GARANZIA ☐ CONTRATTO FULL RISK TOTALE ☐ CONTRATTO FULL RISK ESCLUSI RICAMBI ☐ MANUTENZIONE  
PREVENTIVA ☐ MANUTENZIONE CORRETTIVA ☐ INSTALLAZIONE E COLLAUDO ☐ CORSI ☐ LAVORAZIONI INTERNE ☐ CONTRATTO  
SERVIZI ☐ CAT

## DESCRIZIONE

ROTTO SCHERMO TOUCH

## GUASTO RISCONTRATO

## RICERCA GUASTO

ESEGUITO RICERCA GUASTO, FORMULAZIONE  
PREVENTIVO.

## LAVORO ESEGUITO

## VERIFICA FUNZIONALE

Codice

Descrizione

Seriale

Q.tà

ORE LAVORO IN  
LABORATORIO

ORE LAVORO  
DAL CLIENTE

ORE  
VIAGGIO

CAT

## TECNICO

ANCONA

FIRMA

DATA

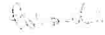
09/10/2024

## CLIENTE

FIRMA E TIMBRO

Via Pacini  
Tel. 085 1000000

**RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DETTAGLI INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Codice</b> 2024/02474/08<br><b>Data Inizio</b> 11/12/2024 <b>Ora Inizio</b> 13:40                                                                                                                                                                                                                    | <b>Tipo</b> Straordinaria<br><b>Data Fine</b> 11/12/2024 <b>Ora Fine</b> 14:00                                                                                                                                |
| <b>DETTAGLI APPARECCHIATURA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Codice Apparecchio</b> E012559<br><b>Descrizione</b> MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR<br><b>Costruttore</b> NIHON KOHDEN CORP<br><b>Modello</b> VISMO PVM 4763                                                                                                                                      | <b>Presidio</b> PO Pescara<br><b>Reparto</b> UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA<br><b>Stanza</b> PE   TERRA   Nuovo PS Pronto Soccorso<br><b>Matricola</b> 3439 <b>Inventario Ente</b> 95225 |
| <b>GUASTO RISCONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                               |
| rientrato da riparazione                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>DESCRIZIONE INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                               |
| si effettua riconsegna                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Ore lavoro</b> 00:20 <b>Ore viaggio</b> 00:00                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>ESITO INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                               |
| [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.                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                               |
| <b>TECNICO</b><br><b>Cognome Nome</b><br>D'Agostino Michele                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Firma</b><br>                                                                                                             |
| <b>UTENTE PER PRESA VISIONE</b><br><b>Cognome Nome</b><br>Bianchi Mariagrazia                                                                                                                                                                                                                           | <b>Firma</b><br>                                                                                                           |

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02611  
Ns. sigle 2024-31101406  
Data 31/10/2024

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:** 2024-31101406 Preventivo per la riparazione del Cistoscopio Storz Karl mod. 27035BA, inv. E012871 in dotazione c/o il Blocco Operatorio del PO di Pescara, a seguito della richiesta del reparto 2024/02611 e di nostra comunicazione del 21/10/2024.

U Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto dove veniva indicato "il cistoscopio è piegato e ha una mezzaluna nera" siamo intervenuti riscontrando quanto comunicato dal reparto e inviando l'apparecchiatura alla ditta Mesys per la riparazione. La stessa ci comunica che l'obiettivo risulta danneggiato, il sistema ottico infiltrato e la lente danneggiata. Pertanto, secondo quanto previsto del Capitolato tecnico, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la riparazione dell'apparecchiatura in oggetto

| Quantità | Descrizione                                                          | Prezzo Unitario   | Prezzo Offerto        |
|----------|----------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 1        | Riparazione Cistoscopio lenti, obiettivo ed essiccazione<br>in forno | 800,00 €          | 800,00 €              |
|          |                                                                      | <b>PREZZO TOT</b> | <b>800,00 € + IVA</b> |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**A.T.T.**  
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

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

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital**  
**Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management



**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

Inviare via mail a [assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

|                                                                                                                             |                                                   |                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>DETTAGLIO RICHIESTA</b> (compilazione a cura del richiedente)                                                            |                                                   |                            |
| Data Richiesta:                                                                                                             | 21.10.24                                          | Numero:                    |
| Richiedente:                                                                                                                | D'ETIOME                                          | Telefono:                  |
| Presidio/Distretto:                                                                                                         | PESCARA                                           |                            |
| Reparto:                                                                                                                    | B.O.                                              |                            |
| Inventario N.PE/:                                                                                                           | E012871                                           | (Obbligatorio se presente) |
| Barrare se applicabile                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Comodato/Leasing/Service |                            |
| Apparecchiatura:                                                                                                            | CISTOSCOPIO                                       | COMPACTO GIN.              |
| Ditta Costruttrice:                                                                                                         | STORZ                                             |                            |
| Modello:                                                                                                                    |                                                   | Matricola/Seriale: 1609241 |
| <b>SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE</b>                                                                                    |                                                   |                            |
| Apparecchio completamente fermo <input checked="" type="radio"/> Apparecchio parzialmente funzionante <input type="radio"/> |                                                   |                            |
| Descrizione guasto/inconveniente                                                                                            |                                                   |                            |
| IL CISTOSCOPIO E PIEGATO E HA UNA MEZZA LUNA NERA.                                                                          |                                                   |                            |
| FIRMA RICHIEDENTE:                                                                                                          |                                                   |                            |
| <b>NON COMPILARE</b> (compilazione a cura dell'ufficio ATI)                                                                 |                                                   |                            |
| Contratto ATI                                                                                                               | <input type="radio"/> N° ODL: 2024/02611          | ARENA.                     |
| Garanzia:                                                                                                                   | <input type="radio"/> Ditta:                      | Telefono:                  |
| Comodato/Leasing/Service:                                                                                                   | <input type="radio"/> Contatto:                   | Intervento previsto il:    |
| Convenz. non di Proprietà:                                                                                                  | <input type="radio"/> Preventivo N°:              | Data Preventivo:           |
| Non competenza ATI:                                                                                                         | <input type="radio"/> Inoltrato a:                | Data Inoltrato:            |
| Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI)                                                                      |                                                   |                            |
| ST. DISORDINARIA                                                                                                            |                                                   |                            |

**Verbale di Collaudo e certificato di  
garanzia riparazione endoscopi rigidi**

|           |                                 |                |                       |
|-----------|---------------------------------|----------------|-----------------------|
| Azienda   | A.T.I. SIEMENS-H.C. MARIFARM FM | Strumento      | CISTOSCOPIO INTEGRATO |
| Serv.     | ---                             | Produttore     | STORZ                 |
| Ospedale  | ---                             | Modello        | 27035 BA              |
| Reparto   | ---                             | Matricola      | SN 1609241            |
| Interv.n. | 2024 10 1220                    | Diametro ott.  | 0                     |
|           |                                 | Inventario/Gr. | 30°                   |

| Verifica finale con esito:                                                         | Positivo                            | Negativo                 |
|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Controllo dell'immagine                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Controllo trasmissione<br>del Fascio luce 90 %                                     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verifica infiltrazione                                                             | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Segnalazione di parti deteriorate che non compromettono il corretto funzionamento: |                                     |                          |

**Qualsiasi difformità riscontrata al momento dell'arrivo dello strumento presso la Vs. Sede, dovrà essere sollecitamente comunicata alla ditta entro tre giorni. In caso contrario la suddetta ditta si riterrà sollevata da ogni responsabilità che non riguardi espressamente gli interventi coperti da garanzia\*.**

Me.Sys ha riparato, il Vs endoscopio rigido (ottica) eseguendo l'intervento riportato nella scheda tecnica già trasmessa in sede di preventivo, la riparazione è stata eseguita rispettando il sistema di qualità Aziendale seguendo le norme ISO 9001:2015

Le procedure standard prevedono anche il controllo finale (collaudo), che comprende la verifica della tenuta alle sterilizzazioni sia in liquidi disinfettanti che in autoclave qualora l'endoscopio sia stato dichiarato autoclavabile dal costruttore.

**\* La garanzia copre i ricambi impiegati e risultati difettosi, oltre che eventuali sigillature difettose.**

La Me.Sys si riserva la valutazione e l'ispezione prima di applicare la Garanzia.

La garanzia decade a causa di uso improprio, incuria danni accidentali (cadute, abrasione da shever, ecc.), smontaggio da parte di altri laboratori.

Il Collaudo è stato eseguito da:

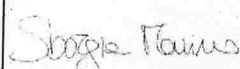
Andrea Rinaldoni

Data Collaudo

27/11/2024

Firma Tecnico: .....

**RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DETTAGLI INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                        |
| Codice 2024/02611/07<br>Data Inizio 29/11/2024      Ora Inizio 08:30                                                                                                                                                                                                                                    | Tipo Straordinaria<br>Data Fine 29/11/2024      Ora Fine 09:00                                                         |
| <b>DETTAGLI APPARECCHIATURA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                        |
| Codice Apparecchio E012871<br>Descrizione CISTOSCOPIO<br>Costruttore STORZ KARL GMBH & CO KG<br>Modello 27035 BA RIGIDO                                                                                                                                                                                 | Presidio PO Pescara<br>Reparto Blocco Operatorio-Pescara<br>Stanza -<br>Matricola 1609241      Inventario Ente A002738 |
| <b>GUASTO RISCONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                        |
| cistoscopio piegato                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                        |
| <b>DESCRIZIONE INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
| consegna cistoscopio riparato                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                        |
| Ore lavoro 00:30      Ore viaggio 00:00                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |
| <b>ESITO INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                        |
| [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.                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                        |
| <b>TECNICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>UTENTE PER PRESA VISIONE</b>                                                                                        |
| Cognome Nome<br>Sborgia Marino                                                                                                                                                                                                                                                                          | Cognome Nome<br>cascino gianluca                                                                                       |
| Firma<br>                                                                                                                                                                                                              | Firma<br>                           |

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02605  
Ns. sigle 2024-04111503  
Data 04/11/2024

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: 2024-04111503 Preventivo per la riparazione del Monitor Multiparametrico Prod. Guangdong, Mod. A5, inv. E000290, in dotazione presso la UOC Medicina Generale del Po di Pescara, a seguito delle richieste di reparto 2024/02605 e di nostra comunicazione di guasto accidentale del 21/10/2024.

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito della richiesta del reparto dove veniva indicato "Rottura vetro, guasto causato da un urto accidentale." siamo intervenuti riscontrando la rottura del vetro (come da report fotografico dello scorso 21/10/2024). Pertanto, secondo quanto previsto all'Art. 3.3 del Capitolato tecnico a Pagina 9, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la riparazione del Monitor Multiparametrico in oggetto.

| Quantità   | Descrizione                                                          | Prezzo Unitario | Prezzo     |
|------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
| 1          | Riparazione monitor BLT A5 con sostituzione del monitor touch screen | 2.000,00 €      | 2.000,00 € |
| PREZZO TOT |                                                                      | 2.000,00 €+ IVA |            |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**ATI**  
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

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

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**

Inviare via mail a [assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 18/10/2024  
Richiedente: Stefano Pericchi  
Presidio/Distretto: O.C. PESCARA  
Reparto: MEDICINA DH 7 PIANO NORD  
Inventario N.PE/: 71527 (Obbligatorio se presente)  
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service E060290  
Apparecchiatura: MONITOR MULTIFUNZIONALE  
Ditta Costruttrice: GUANGDONG BILIGHT MEDITECH  
Modello: BLT ANYVIEW AS. Matricola/Seriale: E000290

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☐

Apparecchio parzialmente funzionante ☒

Descrizione guasto/inconveniente

ROTTURA DEL VETRO CAUSATO DA UN URTO  
ACCIDENTALE

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

FIRMA RICHIEDENTE: Stefano Pericchi

Contratto ATI

☒ N° ODL: 2229/02605 LUCA V.

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)

STRAORDINARIA.

11002883

22000346

**Difetto Ricontrato**

**Note**

Eseguite verifiche funzionali con ns accessori con esito positivo

[illegible]

**Tecnico**

Feb. Feb.

Fabio Gobbi

**RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DETTAGLI INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                           |
| <b>Codice</b> 2024/02605/07<br><b>Data Inizio</b> 02/12/2024 <b>Ora Inizio</b> 11:00                                                                                                                                                                                                                    | <b>Tipo</b> Straordinaria<br><b>Data Fine</b> 02/12/2024 <b>Ora Fine</b> 11:30                                                                                                            |
| <b>DETTAGLI APPARECCHIATURA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                           |
| <b>Codice Apparecchio</b> E000290<br><b>Descrizione</b> MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR<br><b>Costruttore</b> GUANGDONG BIOLIGHT MEDITECH CO LTD<br><b>Modello</b> ANYVIEW A5                                                                                                                         | <b>Presidio</b> PO Pescara<br><b>Reparto</b> UOC MEDICINA GENERALE PESCARA<br><b>Stanza</b> PE NORD   1   ACCETTAZIONE<br><b>Matricola</b> A044E001857 <b>Inventario Ente</b> 00650071527 |
| <b>GUASTO RISCONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                           |
| Anomalia nel sistema Meccanico/Idraulico/Pneumatico                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                           |
| <b>DESCRIZIONE INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                           |
| Riconsegna dello strumento riparato in reparto                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                           |
| <b>Ore lavoro</b> 00:30 <b>Ore viaggio</b> 00:00                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |
| <b>ESITO INTERVENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                           |
| [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.                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                           |
| <b>TECNICO</b><br><b>Cognome Nome</b><br>Vecchiarelli Luca                                                                                                                                                                                                                                              | <b>UTENTE PER PRESA VISIONE</b><br><b>Cognome Nome</b><br>Stefania Partenza                                                                                                               |
| <b>Firma</b><br>                                                                                                                                                                                                       | <b>Firma</b><br>                                                                                       |

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02482  
Ns. sigle 2024-04111519  
Data 04/11/2024

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: 2024-04111519 Preventivo per la riparazione della Sonda Ecografica, inv. E002692, Esaote Mod. P1-5 sn. 00483 installata su Ecotomografo Esaote Mylab X7 inv. E002735 in dotazione c/o la Medicina e Chirurgia d'accettazione ed urgenza del PO di Pescara, a seguito della richiesta di reparto 2024/02482 e di nostra comunicazione di guasto accidentale del 04/10/2024.

Con riferimento a quanto in oggetto, si comunica quanto segue:

- A seguito della richiesta di riparazione del reparto "sonda da cambiare - rotta", siamo intervenuti riscontrando che la sonda presentava l'involucro con gli angoli spaccati ed il manipolo presentava il passacavo rotto (report fotografico trasmesso il 04/10/2024).

Riportiamo pertanto, di seguito, la nostra migliore offerta per la riparazione della sonda ecografica in oggetto:

| Quantità   | Descrizione                       | Prezzo Offerto  |
|------------|-----------------------------------|-----------------|
| 1          | Riparazione Sonda P1-5 Esaote     | 2.400,00 €      |
| 1          | Intervento di consegna e collaudo | 0.00€           |
| PREZZO TOT |                                   | 2.400,00 €+ IVA |

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica  
**ATI**  
SIEMENS - ILC HOSPITAL CONSULTING MARIFARMA FM  
C/o A.U.S.L. PESCARA  
Via Paolini, 47 - 65124 PESCARA  
Tel. 085 4252963 - Fax 085 4252964

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

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**  
Inviare via mail a [assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamicali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 04/10/2024  
Richiedente: M.G. BIANCHI  
Presidio/Distretto: PO PE  
Reparto: MCAU  
Inventario N.PE/: E002692 (Obbligatorio se presente)  
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service  
Apparecchiatura: sonda ecografo  
Ditta Costruttrice: ESAOTE  
Modello: P1-5 Matricola/Seriale: 00483

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒ Apparecchio parzialmente funzionante ☐  
Descrizione guasto/inconveniente sonda da cambiare, ROTTURA

**FIRMA RICHIEDENTE:** M.G. BIANCHI

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI ☒ N° ODL: 2024/02492 LUCA A.  
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).....  
STRAORDINARIA

## Cliente

Siemens Healthcare S.r.l.

Codice Cliente 2618

via Paolini, 45

65124 PESCARA

PE

Riferimento Cliente 2024/02482

## Rapporto tecnico finale

Ordine di lavoro n. 241955 del 28/10/24

### Sonda Esaote phased array P1-5

Codice Logic: 534-1155

Matricola/serial number: 00483

### Dati strumento

### Test eseguiti dopo le lavorazioni

FirstCall

PASS

Leak Test

PASS 9uA

Test ad Ecografo

N/A

Report valutativo di ogni singolo elemento della sonda riportato in allegato:  
- Sensitivity (funzionalità dei cristalli)  
- Capacitance (conduttività del cablaggio)

Si considera idoneo un valore del leak test inferiore a:  
- Sonde Standard e 3D/4D 50uA  
- Sonde TEE 250uA

Test funzionale eseguito su sistema ecografico con l'ausilio del fantoccio  
Optimal Ultrasound Phantom by Sonora Medical System.

Cod. Inter.

### Interventi effettuati

RIP-0015

Disassemblaggio corpo strumento

RIP-0013

Sostituzione array

RIP-0016

Sostituzione gruppo cavi

RIP-0001

Sostituzione lente acustica

RIP-0032

Sostituzione guscio

LSS-04

Riparazioni sonde standard livello 4

HH/ NR 1,00

HH/ NR 1,00

HH/ NR 1,00

HH/ NR 1,00

HH/ NR 1,00

HH/ NR 1,00

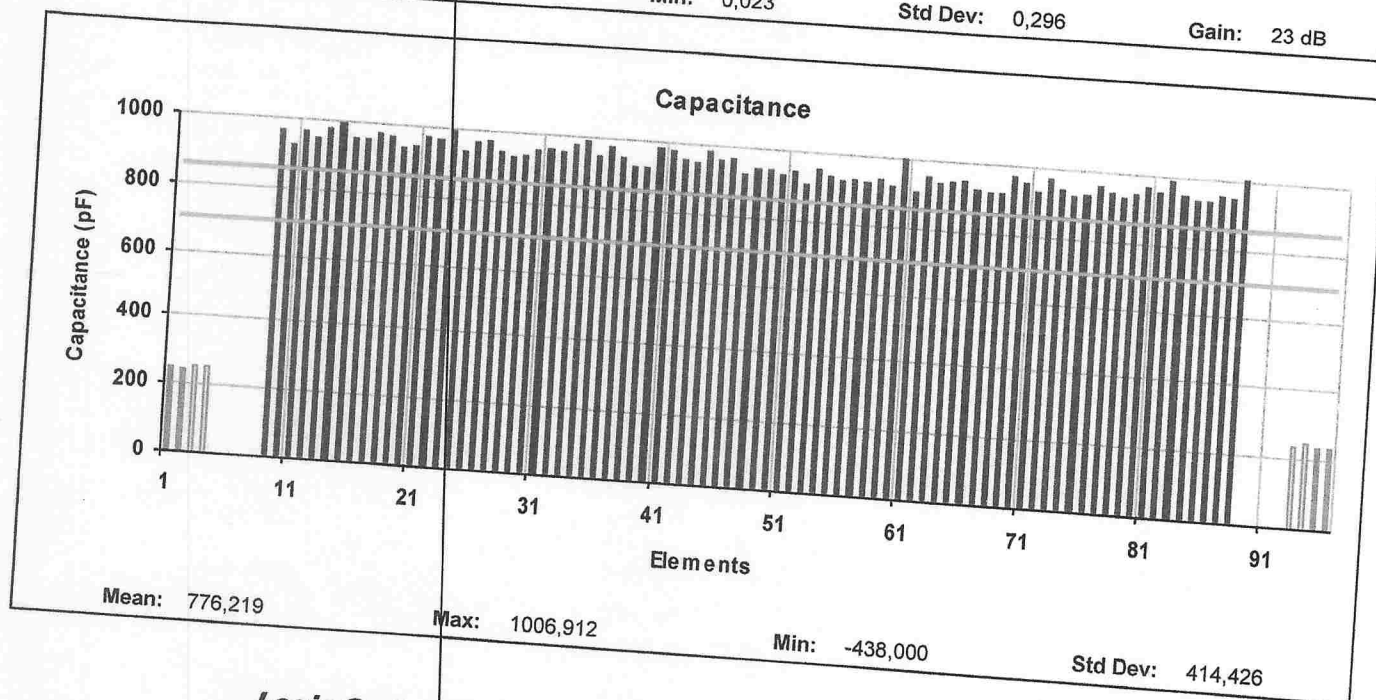
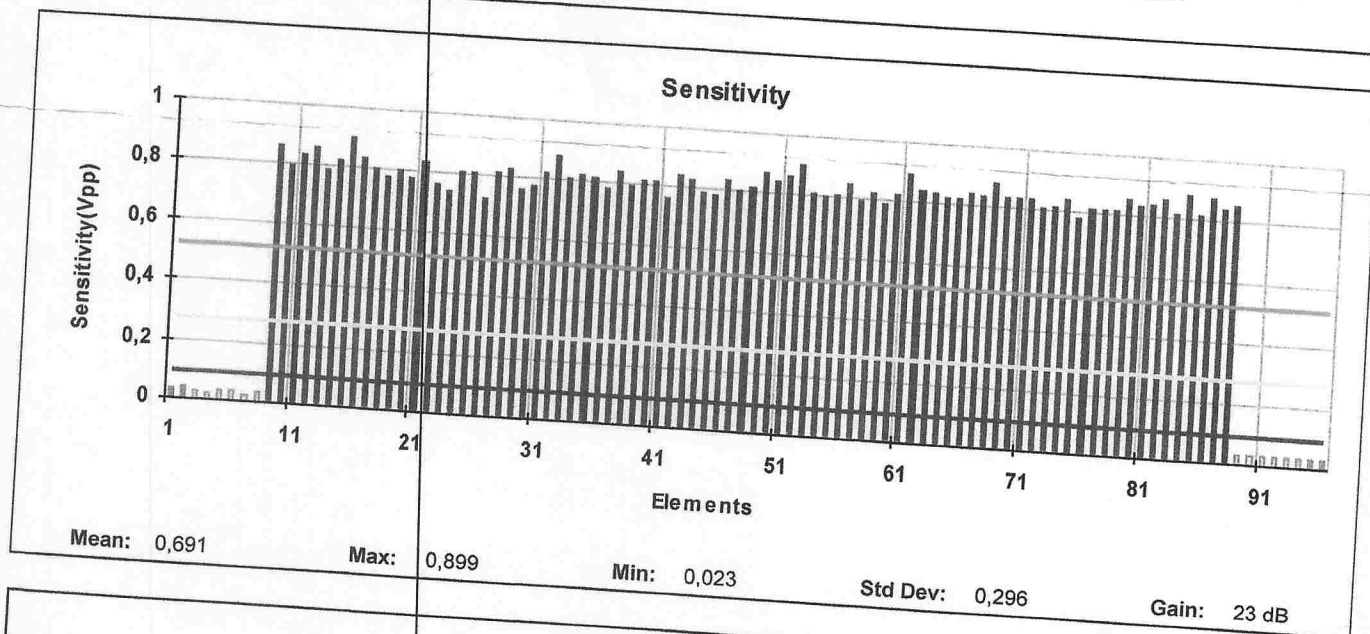
### Annotazioni tecniche

Eseguito esteso intervento di ricondizionamento sonda. Test finali superati. Funzionalità ed integrità sonda ripristinate.

Data chiusura intervento: 22/11/2024

# Transducer Evaluation Report

|                                    |                                            |                              |
|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Manufacturer:</b> Esaote RS     | <b>Customer:</b> Siemens Healthcare S.r.l. | <b>Contact:</b>              |
| <b>Probe Model:</b> P1-5           | <b>Address:</b>                            |                              |
| <b>Serial Number:</b> 00483        | <b>City:</b>                               |                              |
| <b>Test Date:</b> 22/11/2024 09:21 | <b>State:</b>                              | <b>Zip Code:</b>             |
| <b>Test ID:</b> 28098              | <b>Phone:</b>                              | <b>Fax:</b>                  |
| <b>Purpose:</b> Fine lavoro        | <b>Operator:</b> A. Deledda                | <b>aPerio Serial:</b> B00447 |
| <b>DX/Comments:</b> 241955         | <b>Cal. Due Date:</b> Apr. 2025            |                              |



**Logic S.r.l. - Via Antonio Pigafetta 1- 34147 Trieste - Italy**  
 Tel +39 040 823392 Fax +39 040 8323734  
 e-mail: info@logic-medical.com VAT n. IT00977960327

# RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

## DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02482/11

Data Inizio 26/11/2024

Ora Inizio 17:30

## DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E002692

Descrizione SONDA ECOGRAFICA

Costruttore ESAOTE SPA

Modello P1-5

Tipo Straordinaria

Data Fine 26/11/2024

Ora Fine 17:45

Presidio PO Pescara

Reparto UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA

Stanza PE | TERRA | SALA 1

Matricola 00483

Inventario Ente A002779

## GUASTO RISCONTRATO

Anomalia nel sistema Elettrico/Elettronico

## DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Consegna sonda riparata e ritiro del muletto sn898.

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

## 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

Arena Luca

Firma

*Luca Arena*

## UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Palmitesta

Firma

*Palmitesta*

## **Sarnicola, GIOVANNI (ext)**

---

**Da:** Sarnicola, GIOVANNI (ext)  
**Inviato:** mercoledì 30 ottobre 2024 11:21  
**A:** Dario Rinaldi  
**Cc:** Vincenzo Lo Mele; Di Luzio, Gianni  
**Oggetto:** Notifica guasto accidentale ns rdI 2024/02622 ottica Rigida wolf UOC Urologia PO Pescara ns inv. E012633  
**Allegati:** VERBALE CONGIUNTO DI SERVIZIO N. 24 DEL 22.06.2023.pdf; report movi.pdf; AZIENDA U.S.L DI PESCARA.pdf

Buongiorno Ing,

a seguito della richiesta del reparto di Urologia del PO di Pescara 2024/02622 dello scorso 22/10/2024, su cistouretrascopio Wolf, mod. 8645403, verrà effettuata la riparazione exchange come da accordo siglato lo scorso 22/06/2023.

Il costo che verrà inserito nel prossimo riepilogo delle attività di ottobre, per il modello sopra citato, è pari a 2.468,40 euro.

Alleghiamo richiesta del reparto e listino prezzi concordato.

Saluti

Ing. Giovanni Sarnicola  
Siemens Healthcare S.r.l.  
**Servizio Gestione Manutenzione Apparecchiature Medicali**  
c/o AUSL Pescara – Ospedale Santo Spirito  
Via Paolini 45, 65124 Pescara  
Tel: 085-4219875  
Interno: 2963  
Fax: 085-4252964  
Mobile: +39 3476251649  
<mailto:giovanni.sarnicola.ext@siemens-healthineers.com>

**SIEMENS**  
**Healthineers** 

**Siemens Integrated Service Management™**  
Taking your hospital to the next level of efficiency



**AZIENDA U.S.L. DI PESCARA**  
**SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONOMICHE**

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**  
Inviare via mail a [assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenzeamateriali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 22/10/2024  
Richiedente: paola pace  
Presidio/Distretto: pescara  
Reparto: urologia  
Inventario N.PE/: 99001 5012663 (Obbligatorio se presente)  
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service  
Apparecchiatura: cistoscopio compatto  
Ditta Costruttrice: WOLF  
Modello: 8645.403  
Numero: .....  
Telefono: 2780  
Matricola/Seriale: 1100822534

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒

Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente

VISIONE OTTICA AL 50%

Dott.ssa PAOLA PACE  
Organizzazione e Gestione  
Attività professionali/area chirurgica  
ASL PESCARA

**FIRMA RICHIEDENTE:** .....

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI ☒ N° ODL: 224/02622 SACHA  
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).....  
Stilborghini

# Rapporto di intervento di manutenzione

**AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica**

**Attività amministrativa - 2024/02622/04**

**Manutenzione - Straordinaria**

**Data inizio** 07/11/2024 11:11

**Data fine** 07/11/2024 11:12

**Guasto riscontrato**

**Descrizione intervento** Nuovo strumento, risultato di riparazione cambio, stessa marca e modello, s/n 1101073826, arrivato con ddt MOVI spa SAT/245002556 del 05.11.2024. Ad esso imponiamo ns codice E014976 ed automaticamente dismettiamo quello di cui sopra codice E012662.

**Esito: RI - Proposta di dismissione**

## Anagrafica apparecchio

**Apparecchio** E012663

**Inventario ente** 99001

**Matricola** 1100822534

**Struttura** PO Pescara

**Padiglione** PE OVEST

**Reparto** UOC UROLOGIA

**Piano** 7

**Descrizione** CISTOURETROSCOPIO

**Costruttore** WOLF RICHARD GMBH

**Stanza** SALA ENDOSCOPICA

**Modello** 8645 403

## Tecnico/i

**Nome**

Alfonso Balsamo

**Ore lavoro**

00:00:59

**Ore viaggio**

**Km**

## **Sarnicola, GIOVANNI (ext)**

---

**Da:** Sarnicola, GIOVANNI (ext)  
**Inviato:** giovedì 17 ottobre 2024 11:44  
**A:** 'Dario Rinaldi'  
**Cc:** Di Luzio, Gianni; 'Vincenzo Lo Mele'  
**Oggetto:** Notifica guasto accidentale ns rdl 2024/02504 ottica Rigida wolf UOC Urologia PO Pescara ns inv. E014527  
**Allegati:** VERBALE CONGUNTO DI SERVIZIO N. 24 DEL 22.06.2023.pdf; AZIENDA U.S.L DI PESCARA.pdf; movi.pdf

Buongiorno Ing,

a seguito della richiesta del reparto di Urologia del PO di Pescara 2024/02504 dello scorso 07/10/2024, su cistoureteroscopio Wolf, mod. 8642403, verrà effettuata la riparazione exchange come da accordo siglato lo scorso 22/06/2023.

Il costo che verrà inserito nel prossimo riepilogo delle attività di ottobre, per il modello sopra citato, è pari a 2.468,40 euro.

Allegiamo richiesta del reparto e listino prezzi concordato.

Saluti

Ing. Giovanni Sarnicola  
Siemens Healthcare S.r.l.  
**Servizio Gestione Manutenzione Apparecchiature Medicali**  
c/o AUSL Pescara – Ospedale Santo Spirito  
Via Paolini 45, 65124 Pescara  
Tel: 085-4219875  
Interno: 2963  
Fax: 085-4252964  
Mobile: +39 3476251649  
<mailto:giovanni.sarnicola.ext@siemens-healthineers.com>

**SIEMENS**  
**Healthineers** 

**Siemens Integrated Service Management™**  
Taking your hospital to the next level of efficiency

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**  
Inviare via mail a [assistentamedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistentamedicali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

**Data Richiesta:** 7/10/24  
**Richiedente:** paola pace **Numero:** .....  
**Presidio/Distretto:** pescara **Telefono:** 2780  
**Reparto:** urologia  
**Inventario N.PE/:** ??? 6044527 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile* ☐ Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** cistoscopio compatto  
**Ditta Costruttrice:** WOLF  
**Modello:** 8642.403 **Matricola/Seriale:** 1101034201

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒

Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente

VISIONE OTTICA OFFUSCATA

Dott.ssa PAOLA PACE  
Organizzazione e Gestione  
Attività professionali/area chirurgica  
ASL PESCARA

**FIRMA RICHIEDENTE:**

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI



N° ODL:

2024/02504

SAENA

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)

# Rapporto di intervento di manutenzione

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

**Attività amministrativa - 2024/02504/04**

**Manutenzione - Straordinaria**

**Data inizio** 21/10/2024 13:30

**Data fine** 21/10/2024 13:31

**Guasto riscontrato**

**Descrizione intervento** Nuova ottica, stessa marca e modello, s/n 1100992031 arrivata con ddt Movi n° 24002439 del 18.10.2024. Nell'abbinare ad essa ns cod. E014938, automaticamente dismettiamo quella di cui sopra cod E014527.

Esito: RI - Proposta di dismissione

## Anagrafica apparecchio

**Apparecchio** E014527

**Struttura** PO Pescara

**Reparto** UOC UROLOGIA

**Descrizione** CISTOURETROSCOPIO

**Costruttore** WOLF RICHARD GMBH

**Inventario ente** 106305

**Stanza** SALA ENDOSCOPICA

**Modello** 8642 403

**Matricola** 1101034201

**Padiglione** PE OVEST

**Piano** 7

## Tecnico/i

**Nome**

Alfonso Balsamo

**Ore lavoro**

00:00:59

**Ore viaggio**

**Km**

## **Sarnicola, GIOVANNI (ext)**

---

**Da:** Sarnicola, GIOVANNI (ext)  
**Inviato:** mercoledì 2 ottobre 2024 16:00  
**A:** Dario Rinaldi  
**Cc:** Di Luzio, Gianni; Vincenzo Lo Mele  
**Oggetto:** Notifica guasto accidentale ns rdl 2024/02374 e 2024/02375 ottica Rigida wolf UOC Urologia PO Pescara ns inv. E012265 - E012664  
**Allegati:** VERBALE CONGIUNTO DI SERVIZIO N. 24 DEL 22.06.2023.pdf; PESCARA.pdf; report movi 1.pdf; report movi 2.pdf

Buon pomeriggio Ing,

a seguito delle richieste del reparto di Urologia del PO di Pescara 2024/02374 e 2024/02375 dello scorso 24/09/2024, su cistouretrascopi Wolf, mod. 8642403, verrà effettuata la riparazione exchange come da accordo siglato lo scorso 22/06/2023.

Il costo che verrà inserito nel prossimo riepilogo delle attività di ottobre, per il modello sopra citato, è pari a 2.468,40 euro cadauna.

Alleghiamo richiesta del reparto e listino prezzi concordato.

Saluti

Ing. Giovanni Sarnicola  
Siemens Healthcare S.r.l.  
**Servizio Gestione Manutenzione Apparecchiature Medicali**  
c/o AUSL Pescara – Ospedale Santo Spirito  
Via Paolini 45, 65124 Pescara  
Tel: 085-4219875  
Interno: 2963  
Fax: 085-4252964  
Mobile: +39 3476251649  
<mailto:giovanni.sarnicola.ext@siemens-healthineers.com>

**SIEMENS**  
**Healthineers** 

**Siemens Integrated Service Management™**  
Taking your hospital to the next level of efficiency



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**  
Inviare via mail a assistenzedimedicali.pescara@ism-smis.it  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 24/9/24  
Richiedente: paola pace Numero: .....  
Presidio/Distretto: pescara Telefono: 2780  
Reperto: urologia  
Inventario N.PE/: 99662 (Obbligatorio se presente)  
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service  
Apparecchiatura: cistoscopio compatto  
Ditta Costruttrice: WOLF  
Modello: 8645.403 Matricola/Seriale: 1100849699

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒

Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente  
visione ottica rovinata

Dott.ssa PAOLA PACE

Organizzazione e Gestione

Attività professionali area chirurgica  
ASL PESCARA

**FIRMA RICHIEDENTE:**

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI

N° ODL:

2024/02371 SACHA

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)

Servizio assistenza

# Rapporto di intervento di manutenzione

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

Attività amministrativa - 2024/02374/04

Manutenzione - Straordinaria

Data inizio 10/10/2024 12:48

Data fine 10/10/2024 12:49

Guasto riscontrato

Descrizione intervento Nuova ottica cisto-ureteroscopica , stessa marca e modello, s/n 1101052525 arrivata con ddt Movi SAT/245002307 del 07.10.2024. Ad essa abbiniamo ns cod. E014903 ed in maniera contestuale mettiamo in fuori uso quella di cui sopra cod. E012265.

Esito: RI - Proposta di dismissione

## Anagrafica apparecchio

Apparecchio E012265

Struttura PO Pescara

Reparto UOC UROLOGIA

Descrizione CISTOURETROSCOPIO

Costruttore WOLF RICHARD GMBH

Inventario ente 99662

Stanza SALA ENDOSCOPICA

Modello 8645 403

Matricola 1100849699

Padiglione PE OVEST

Piano 7

## Tecnico/i

Nome

Alfonso Balsamo

Ore lavoro

00:00:59

Ore viaggio

Km



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE**  
Inviare via mail a [assistenamedicali.pescara@ism-sms.it](mailto:assistenamedicali.pescara@ism-sms.it)  
via FAX (int):2964 (est):085-4252964

**DETTAGLIO RICHIESTA** (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 24/9/24  
Richiedente: paola pace Numero: .....  
Presidio/Distretto: pescara Telefono: 2780  
Reparto: urologia  
Inventario N.PE/: E012664 (Obbligatorio se presente)  
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service  
Apparecchiatura: cistoscopia compatta  
Ditta Costruttrice: WOLF  
Modello: 8642.403 Matricola/Seriale: 1100796423

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo ☒

Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente

OTTICA OFFUSCATA

Dott.ssa PAOLA PACE  
Organizzazione e Gestione  
Attività professionali area chirurgica  
ASL PESCARA

**FIRMA RICHIEDENTE:**

**NON COMPILARE** (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI

N° ODL:

2024/02375 SACMA

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)

STUDIO NINAMIA

# Rapporto di intervento di manutenzione

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

Attività amministrativa - 2024/02375/04

Manutenzione - Straordinaria

Data inizio 10/10/2024 12:58

Data fine 10/10/2024 12:59

Guasto riscontrato

Descrizione intervento Nuova ottica cistoureteroscopica , stessa marca e modello, s/n 1101059921 arrivata con ddt Movi SAT/245002307 del 07.10.2024. Ad essa abbiniamo ns cod. E014904 ed in maniera contestuale mettiamo in fuori uso quella di cui sopra cod. E011264.

Esito: RI - Proposta di dismissione

## Anagrafica apparecchio

Apparecchio E012664

Struttura PO Pescara

Reparto UOC UROLOGIA

Descrizione CISTOURETROSCOPIO

Costruttore WOLF RICHARD GMBH

Inventario ente

Stanza SALA ENDOSCOPICA

Modello 8642 403

Matricola 1100796423

Padiglione PE OVEST

Piano 7

## Tecnico/i

Nome

Alfonso Balsamo

Ore lavoro

00:00:59

Ore viaggio

Km