

Vs. riferimento
Ns. riferimento 2025/01982-02181-01442-01756-02120
Ns. sigle 2025-13101220
Data 13/10/2025

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: **2025-13101220 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2025/01982-02181-01442-01756-02120.**

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

U

- 2025/01982 del 11/09/2025: Defibrillatore Nihon Kohden AED3100 c/o la Chirurgia Generale del PO di Pescara, inv. E013783, richiesta del reparto: "I batteria rileva il 50% di carica".
- 2025/02181 del 03/10/2025: Monitor Nihon Kohden PVM4763 c/o l'Ematologia del PO di Pescara, inv. E013604, in garanzia, richiesta reparto: "all'accensione appare scritta sost.batteria".
- 2025/01442 del 26/05/2025: Defibrillatore Zoll AED3 c/o Malattie Infettive del PO di Pescara, inv. E013225, richiesta del reparto: "In previsione prossima scadenza batteria".
- 2025/01756 del 07/03/2025: Defibrillatore CU Medical ER3 c/o DSB Spoltore, inv. E006788, richiesta del reparto: "I batteria scarica".
- 2025/02120 del 26/09/2025: Defibrillatore Mediana c/o il Blocco Operatorio di Pescara, inv. E010940, richiesta del reparto: "rottura sportello stampante".

Pertanto, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura di quanto riportato in elenco, applicando un ricarico del prezzo del ricambio del 10% ed includendo nel canone la manodopera del personale interno utilizzato per l'installazione ed il ripristino del funzionamento delle apparecchiature:

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo Totale
5	Tutte	Installazione e controllo funzionale	600 €	0 €
1	2025/01982	Batteria AED3100	430,00 €	430,00 €
1	2025/02181	Batteria PVM4763	360,00 €	360,00 €
1	2025/01442	Batteria Zoll Orig.	380,00 €	380,00 €
1	2025/01756	Batteria CU Medical Orig.	350,00 €	350,00 €
1	2025/02120	Cassetto carta Mediana	200,00 €	200,00 €
PREZZO TOT			1.720,00 €+ 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



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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 11/09/2025
Richiedente: LEONZIO RITA Numero:
Presidio/Distretto: P.O. PESCARA Telefono: 2868
Reperto: CHIRURGIA GENERALE E D'URGENZA
Inventario N.PE/: E013783 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE
Ditta Costruttrice: NIKON MEDICAL
Modello: AED 3200 Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo ☐ Apparecchio parzialmente funzionante ☒
Descrizione guasto/inconveniente
LA BATTERIA RILEVA IL 50% DI CARICA

FIRMA RICHIEDENTE:
ASL PESCARA
Dott. SSA LEONZIO RITA
Coord. Infermieristico
Cod. 48330

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI ☒ N° ODL: 2025/01992 Lves
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)
STRANORDINARIA
ALLEGATO C

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01982/05

Data Inizio 06/10/2025

Ora Inizio 15:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 06/10/2025

Ora Fine 15:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E013783

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

Costruttore NIHON KOHDEN CORP

Modello CARDIOLIFE AED 3100

Presidio PO Pescara

Reparto UOSD CHIRURGIA GENERALE

Stanza PE OVEST | 3 | 1 MEDICHERIA

Matricola 28402

Inventario Ente 103693

GUASTO RISCONTRATO

batteria da sostituire

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione della batteria ok

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

sb-310v

batteria non ricaricabile

1

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dismissione

Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Vecchiarelli Luca

Firma

Vecchiarelli Luca

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Iacovetti

Firma

S. Iacovetti



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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 03/10/2025
Richiedente: PRUDENTE PATRIZIA Numero:
Presidio/Distretto: O.C. PESCARA Telefono: 2518
Reperto: EMATOLOGIA V PIANO ALA SUD CAD
Inventario N.PE/: E013604 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: MONITOR TELEMETRIA VISMO
Ditta Costruttrice: NIHON KOHDEN
Modello: VISMO PVM 4763 Matricola/Seriale: 04047

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo ☐ Apparecchio parzialmente funzionante ☒
Descrizione guasto/inconveniente ALL'ACCENZIONE APPARE SCRITTA: DURATA SOST. BATTERIA

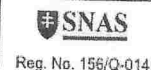
FIRMA RICHIEDENTE: PRUDENTE PATRIZIA

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI ☐ N° CDL: 2025/02181 ARBNA
Garanzia: ☒ Ditta: SC FORNITURE Telefono:
Comodato/Leasing/Service: ☐ Contatto: FINO AL 5-07-2026 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).....
STAMPANDO AREA



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

4532826864 del 09/10/2025

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		0705/2025	21/10/2025	1 Di 1

Codice	Descrizione	U.M.	Quantità	S/P
Rif. Ns. Conferma Ordine 2025/0746/V V.2 del 09/10/2025, Vs. Ordine 4532826864 - Saldo Ordine				
SB-470P	BATTERIA PVM-4761/4763 Lotto S/N: 86061	Pz	1,00	S

N. Colli	Peso	Causale del trasporto	Aspetto dei beni	Data del trasporto	Ora del trasporto
1		Spedizione Ordini	CARTONI	21/10/2025	
Trasporto a cura di VETTORE		Incaricato del trasporto BARTOLINI	Porto PORTO FRANCO		
Destinazione della merce					
SIEMENS HEALTHCARE SRL LABORATORIO ATI C/O OSPEDALE S.SPIRITO VIA PAOLINI, 45 65124 Pescara (PE) Italia					

FIRMA del
conducente/vettore _____

FIRMA del
destinatario _____

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE
DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/02181/05

Data Inizio 25/11/2025

Ora Inizio 11:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 25/11/2025

Ora Fine 11:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E013604

Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR

Costruttore NIHON KOHDEN CORP

Modello VISMO PVM 4763

Presidio PO Pescara

Reparto UOC EMATOLOGIA

Stanza PE SUD | 5 | GUARDIOLA

Matricola 04047

Inventario Ente 103704

GUASTO RISCONTRATO

batteria scaduta

DESCRIZIONE INTERVENTO

sostituzione batteria

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

sb-407p

batteria

1

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dismissione

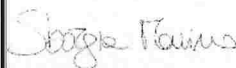
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Sborgia Marino

Firma


UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

di michele martina

Firma





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

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE

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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 26/06/2025
Richiedente: PERNA VINCENZO
Presidio/Distretto: PESCARA
Reperto: MALATTIE INF.VE
Inventario N.PE/: E013225 INV 100995 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: GRUPPO BATTERIA
Ditta Costruttrice: ZOLL
Modello: DEFIBRILLATORE AED 3
Numero:
Telefono: 4520
Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo ☐ Apparecchio parzialmente funzionante ☐

Descrizione guasto/inconveniente IN PREVISIONE DI PROSSIMA SCADENZA

GRUPPO BATTERIA (12V - 4,2 Ah - 43 Wh)

SIPRA ORDINARIA / GUASTO e

FIRMA RICHIEDENTE:

ASL PESCARA
U.S. COVID HOSPITAL E ZONA VERDE
Dott. Vincenzo Perna
Coordinatore Informatico

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI ☒ N° ODL: 2025/05442
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).....
.....
.....

AUSL Pescara
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01442/04
Data Inizio 10/07/2025 Ora Inizio 12:45

Tipo Straordinaria
Data Fine 10/07/2025 Ora Fine 12:55

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio **E013225**
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO
Costruttore ZOLL MEDICAL CORP
Modello AED 3

Presidio PO Pescara
Reparto UOC MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
Stanza PALAZZINA C | 4 | Livello 6 INF - Livello 6 Malattie Infettive - Covid Hospital
Matricola AX221130554 Inventario Ente 100995

GUASTO RISCONTRATO

come da descrizione

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituita batteria

Ore lavoro 00:10 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1101834	batteria Li 12V 4,2Ah	1	NO

ESITO INTERVENTO

RII - 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 eventuale dismissione

dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome
Giuliani Federico

Firma

F. Giuliani

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome
Baldacci

Firma

Baldacci



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

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICALE

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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 07/08/2025
Richiedente: DOTTRESSA PERNA LUCILLA
Presidio/Distretto: SPOLTORE
Reparto: CONTINUITA' ASSISTENZIALE
Inventario N.PE/: E006788 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile ☐ Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE
Ditta Costruttrice: CU Medical System
Modello: CU-ER1
Numero:
Telefono: 3477862392
Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo ☐

Apparecchio parzialmente funzionante ☒

Descrizione guasto/inconveniente

BATTERIA SCARICA

SIRACORINARIA/AUGATO

FIRMA RICHIEDENTE

Am Perna

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI



N° ODL:

2025/01756

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)

AUGATO C PER

Acquisto PIASIRE

Codice Fornitore:

Causale Spedizione: **Vendita**

Numero DDT: **6941**

Del **25/09/2025** Pag. **1**

Destinatario/Sede Legale:
 SIEMENS HEALTHCARE Srl

Via Vipiteno 4
 20128 Milano (MI) (IT)
 Partita IVA o codice fiscale

IT

12268050155

Destinazione merce:

SIEMENS HEALTHCARE Srl
 C/AUSL Pescara - Osped. Santo Spirito
 Via Paolini, 45

65124 Pescara (PE) (IT)

Codice Articolo	Codice	Descrizione Articolo	Codice Lotto	Qtà	Prezzo	Sconto in %
UNITA'	OPERATIVA	SIC PESCARA				
SALDO	VS ORDINE	N° 4532751142 DEL 13/09/2025				
		Rif.offerta n.: 14724 del 12/09/2025				
1441819		COPPIA PIASTRE CU MEDICAL ORIG. MONOUSO - (Adulti) - CUER1, CUER2, CUER3, CUERT, CUER5 (C/CAVO ER-5 OA03)	Y060925-04	Pz 1,00		
1441821		COPPIA PIASTRE CU MEDICAL ORIG. MONOUSO - (Pediatrie) - CUER1, CUER2, CUER3, CUERT	Y021924-03	Pz 1,00		

2025/02755

Peso netto

Peso lordo

Annotazioni Generiche:

Aspetto esteriore dei beni:

Numero co

SCATOLA

1

CORRIERE:

Vettore

08 BRT S.p.A.

Via della Resistenza n° 4 53035 Monteriggioni Si

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:
 Franco C/Addebito

DATA/ORA RITIRO

25/09/2025 - 14:46

Timbro e Firma Conducente:

A.T.T.

Timbro e Firma Destinatario:

SIEMENS H.C. UNICELL... FARMACIA FM

C/A.U.S.L. PESCARA

Via Paolini, 45 - 65124 PESCARA

Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballo visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettano contestazioni e/o resi, superati otto (8) giorni dal ricevimento della spedizione. Il reso merce è soggetto ad una regolamentazione interna e deve essere tassativamente autorizzato da Omniacell Tertia Srl. Si informa inoltre che la merce viaggia a rischio e pericolo del destinatario se spedita in porto assegnato.

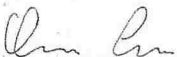
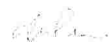
Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri, 8 - 50028 - Barberino Tavarnelle (FI)

C.F. - P.Iva - Iscr. Registro Imprese: 01013500523 - R.E.A. 659821 C.C.I.A.A. di Firenze - Capitale sociale € 25.822,84

Registro Nazionale Pile: IT0906000000998 - Registro Nazionale AEE: IT09120000006402 - Contributo CONAI assolto ove dovuto

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

AUSL Pescara
RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO			
Codice 2025/01756/10		Tipo Straordinaria	
Data Inizio 30/09/2025	Ora Inizio 07:15	Data Fine 30/09/2025	Ora Fine 07:45
DETTAGLI APPARECCHIATURA			
Codice Apparecchio E006788		Presidio DSB Spoltore	
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO		Reperto Spoltore - DSB	
Costruttore CU MEDICAL SYSTEMS INC		Stanza DSB SPOLTORE TERRA GUARDIA MEDICA	
Modello PARAMEDIC CU ER3		Matricola A1E51U281IT	Inventario Ente 00680053647
GUASTO RISCONTRATO			
Sostituzione piastre.			
DESCRIZIONE INTERVENTO			
Prova di funzionamento			
Consegnate un kit piastre adulti ed un kit piastre pediatrico.			
		Ore lavoro 00:30	Ore viaggio 00:00
MATERIALI IMPIEGATI			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
33569	piastre pediatriche	1	NO
1441819	piastre adulto	1	NO
ESITO INTERVENTO			
[RI] - Richiesta evasa			
Legenda: NR: Guasto non risolto, Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Apparecchio utilizzabile per la sua funzionalità principale RI: Guasto risolto o attività tecnica conclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche l'eventuale dismissione			
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.			
TECNICO		UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma	Cognome Nome	Firma
Arena Luca		Perna	



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

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE
Inviare via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 26/09/25 Numero:
Richiedente: MUSA PAOLO Telefono:
Presidio/Distretto: PO PESCARA
Reparto: BLOCCO OPERATORIO
Inventario N.PE/: 93900
Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE
Ditta Costruttrice: MEDIANA
Modello: Matricola/Seriale: E0010940

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo ☐ Apparecchio parzialmente funzionante ☒

Descrizione guasto/inconveniente:

ROTTURA SPORTELLO STAMPANTE

FIRMA RICHIEDENTE: MUSA PAOLO

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI ☒ N° ODL: 2025/02120 (TRATTO C.)

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:

FIRMA RESPONSABILE ATI:

DOCUMENTO DI TRASPORTO

Numero 4303 del 16/10/25

Pag. 1 di 1

(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

Ragione Sociale Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO MI		Codice cliente/fornitore: 2618	Luogo di consegna Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA		Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
Trasporto a mezzo VETTORE	Causale del trasporto VENDITA	Inizio del trasporto 16/10/25 12:35	Vettore DHL Express (Italy) S.r.l.		
Istruzioni di consegna		Porto DAP - FRANCO	C.I.G./ C.U.P. 7920276285	Riferimenti destinatario C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875	

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
530-8729 NW	Vs ordine del 3/10/2025 n. 4532804893 Cassetto carta per defibrillatore Mediana D500 / Nuovo Consegna ca 8 gg lavorativi da data ricevimento ordine Part number: T0602-3 Serial number: 10102025A	NR 1	Si

2025/02220

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