Vs. riferimento

Ns. riferimento 2025/01086-01085-01084-01083-

00611-00612-00684-00897-00898-00900-

01116-01042-00676

Ns. sigle Data 2025-27050829

27/05/2025

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:

2025-27050829 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2025/01086-01085-01084-01083-00611-00612-00684-00897-00898-00900-01116-01042-00676

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

U

- 2025/01086-01085-01084-01083 del 14/05/2025: Armadio Aspirato Bio Optica Formalin Cabinet c/o l'Anatomia Patologica del PO di Pescara, inv. E005611-005612-005613-005614, richiesta del reparto:" si segnala allarme relativo ai filtri", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione.
- 00611-00612-00684-00897-00898-00900 del 11/03/2025: Armadio sterile per endoscopi Steelco ED200/1, inv. E006026-006025-01057-002250-002251-002252, richiesta reparto:" si richiede sostituzione filtri HEPA".
- 2025/01116 del 19/05/2025: Monitor multiparametrico Fukuda c/o il pronto soccorso del PO di Pescara, inv. E002749, richiesta reparto:" Cavo saturimetro assente", siamo intervenutoi riscontrando la necessità di una nuova fornitura in quanto assente.
- 2025/01042 del 08/05/2025: Letto operatorio Opt 80 c/o il Blocco operatorio del PO di Pescara, inv. E009251, richiesta reparto:"
 Cavo elettrico tranciato", siamo intervenuti riscontrando la tranciatura dello stesso.
- 2025/00676 del 18/03/2025: defibrillatore Shiller Defigrad 5000 c/o ls Medicina fisica e riabilitativa del PO di Popoli, inv. E011159, richiesta reparto: "necessaria la fornitura di batteria e coppia piastre".

Pertanto, ci pregiamo 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
4	Tutte	Installazione e controllo funzionale	480 €	0€
4	2025/01086-01085-01084- 01083	Filtro per formalina	1.000,00 €	4.000,00 €
6	00611-00612-00684- 00897-00898-00900	Filtro HEPA + prefiltro aria F5	380,00€	2.280,00 €
1	2025/01116	Cavo adattamento + sensore SpO2 Masimo	570,00 €	570,00€
1	2025/01042	Cavo rete per OPT 80	200,00 €	200,00€
1	2025/00676	Batteria 11.1V 4.65Ah Schiller	595,00€	595,00€
1	2020/000/0	Coppia piastre orig. Schiller	1.300,00 €	1.300,00€
		PREZZO TOT	8.945,00 €+	IVA

Distinti saluti La Direzione Tecnica

Associazione Temporanea d'Impresa Siemens Healthcare srl Hospital Consulting spa Marifarma FM srla c/o Azienda USL di Pescara Via Paolini, 47 65100 Pescara tel. 085.4252963 fax 085.4252964

pagina 1 di 1







AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA



Spett.le Ingegneria Clinica HIA Via R.Paolini,47 — 65124 — Pescara — Tel 3105

Oggetto: Richiesta di accertamento "Fuori Uso" Commissione C - APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI.

RICHIEDENTE: U.O./Ufficio/Servizio MEDICINIA FISICA E RIABILITATIVA
REFERENTE: MARA DI MARCO Tel. 8472 Fax

Con la presente si chiede che il/sottoe1encato/i bene/i assegnato/i a questa U.O./Ufficio/Servizio venga/no MESSI IN FUORI USO per le motivazioni sotto indicate.

N. PEZZI	INVENTARIO EOAAA 59 GA 522	DESCRIZIONE DEL BENE HONITOR HUMIRANA ACTRICA	MOTIVAZIONI DBSOLETO
	57/	DASPO.	WAR
	P	11261	175

IL RESPONSABILE DELL'U.O.

Good ff.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Presidio Ospedaliero di Popoli
Medicina Fisica e Riabilitàliva
(Timbro e firma leggibile)

RDL 2005/00676

ASS. A. ANDREA TESCONI





Omniacell Tertia Srl - Via Dante Alighieri 8, 50028 - Berbering Tavarnelle - (FI) - Italy Tel: +39 055-8068060 - Fax: +39 055-8078382 - Mobile: +39 335-5948287

Codice Fornitore:

Causale Spedizione: Vendita

Numero DDT: 2857

Del 18/04/2025

Pag.

Destinatario/Sede Legale:

SIEMENS HEALTHCARE SrI.

Via Vipiteno 4

20128 Milano (MI) (IT)

Partita IVA o codice fiscale

IT

12268050155

Destinazione merce:

SIEMENS HEALTHCARE SrI

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° 4532360263 DEL 08/04/2025				1 4
		Rif.offerta n.: 6264 del 08/04/2025				
SCH-214731	SCH-1-101-3000	COPPIA PIASTRE C/ADATTATORE SCHILLER ORIG DG5000 - (ADATTA ESCLUSIVAMENTE PER VERSIONE C/PIASTRE ESTERNE)		Pz 1,00		
		2025/0	667	76		
						. 5

Peso netto

Peso lordo

Annotazioni Generiche:

Aspetto esteriore dei beni: SCATOLA

Numero colli

CORRIERE: Vettore

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:

Franco C/Addebito

DATA/ORA RITIRO 18/04/2025

08 BRT S.p.A.

Via della Resistenza nº 4 53035 Monteriggioni Si

Timbro e Firma Conducente: 11:38 Timaro e Firma Destinatario

Si invita il destinatario a controllare l'integrità della spedizione al momento della consegna. In caso di imballo visibilmente danneggiato, ritirare la merce con riserva. Non si accettanto 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: IT09050P00000998 - Registro Nazionale AEE: IT09120000006402 - Contributo CONAI assolto ove dovuto INFORMATIVA PRIVACY: i dati esposti nel documento saranno utilizzati soltanto per fini contabili ed amministrativi nel rispetto dell'Art 13 D.Lggs 196/2003



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/00676/09 Data Inizio 15/05/2025

Tipo Straordinaria

Data Fine 15/05/2025

Ora Fine 12:40

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E011159

Descrizione DEFIBRILLATORE MANUALE BIFASICO

Costruttore SCHILLER AG DEFIGARD 5000 Presidio PO Popoli

Reparto UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Stanza VECCHIO PADIGLIONE | TERRA | Sala Infermieri

Matricola 101999004308

Inventario Ente 00670061522

GUASTO RISCONTRATO

Modello

DESCRIZIONE INTERVENTO

Consegnate nuove piastre e sostituita la batteria.

Ore lavoro 00:40

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI Codice Descrizione Quantità Rifatturabile 1101197 Batteria 11V 4.3Ah 1 NO nn piastre defigard 5000 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

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

TECNICO

Cognome Nome

Firma

Febri Ghi

Giuliani Federico

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Febronia Pirracchio

Russell Television



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIE	STA (compilazione a cura del richiedente)	
Data Richiesta:	Numero: . Numero	
Presidio/Distretto:	DI OCCO OPERATORIO	
Reparto:	S 0000 OPERATORIO	
Inventario N.PE/	5059251 (Obbligatorio se presente)	
Barrare se applicabile	Comodato/Leasing/Service	· A
Apparecchiatura:	25700 ORSHADOLO OR10180	- / *
Ditta Costruttrice:	295	***************************************
Modello:	Off & Matricola/Seriale:	***************************************
SEGNALAZIONE GU	JASTO/INCONVENIENTE	
Apparecchio com	Apparecchio parzialmente funzio	onante O
Descrizione guasto/in	G(E)1148 10110, 01/161	CATO
NON COMPILARE (CO	ompilazione,a cura dell'ufficio ATI)	
Contratto ATI	0 N° ODL: 2015/020/2	
Garanzia:	O Ditta:	efono:
Comodato/Leasing/ Service:	O . Chipital.	ervento visto ii:
Convenz. non di Proprietà:	Preventivo	Data eventivo:
Non competenza ATI	i: O Inoltrato a:I	Data noltrato:
Commenti/Aitro	(compilazione a cura dell'ufficio ATI)	
PAG 1 di 1	DIRBORDINAND	MOD DE RICH MAIL



Miamed srl

Via Siracusa 1 - 65010 Spoltore (PE) - Italy Tel. 085 8622207 Fax 085 8622193 e-mail: info@miamed.it Pec: miamedsrl@pec.it Internet: www.miamed.it C.F./P.lva 02111490682

Doc. di trasporto nr.

85/2025

del

19/05/2025

Destinatario

SIEMENS HEALTHCARE S.R.L. Via Vipiteno, 4 20128 Milano (MI)

Destinazione

SIEMENS HEALTHCARE S.R.L. c/o P.O. Pescara Laboratorio ATI

Via Paolini, 45 65124 Pescara (PE)

C.F. 04785851009 P.Iva 12268050155 Codice

Descrizione

Quantità

Rif. Conferma d'ordine 74/25 del 19/05/2025: Rif. Preventivo 50/2025 del 13/05/2025: CAVO RETE AC PER OPT 80

1 pz

RDL 2025/01042

(Rif. Ordine d'acquisto n. 4532452028 del 16/05/2025 CIG 7920276285)

Incaricato del Mittente	trasporto			Causale del trasporto Vendita saldo Vs ordine	Firma incaricato del trasporto
Nr. colli 1	Peso	Aspetto esteriore dei beni Scatola	Porto Franco	Data e ora inizio trasporto	Firma tiestiperario



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO				
Codice 2025/01042/04		Tipo Straordinaria		
Data Inizio 21/05/2025	Ora Inizio 11:05	Data Fine 21/05/2025	Ora Fine 11:20	
DETTAGLI APPARECCHIAT	URA			
Codice Apparecchio E0092	251	Presidio PO Penne		
Descrizione TAVOLO OPER	RATORIO A PIANI CARRELLATI, BASAMENTO	Reparto UOS BLOCCO OF	PERATORIO PENNE	
Costruttore OPT OFFICINA	A DI PROTESI TRENTO SPA	Stanza PALAZZO VECCH	HO 4 PRE - SALA	
Modello OPT 80		Matricola 300	Inventario Ente 006	660037821
GUASTO RISCONTRATO				
cavo alimentazione rotto				
DESCRIZIONE INTERVENT	0			
consegna nuovo cavo alimer	ntazione			
		Ore lavoro 00:15	Ore viaggio 00:00	
MATERIALI IMPIEGATI				
Codice	Descrizione		Quantità	Rifatturabile
na	cavo alimentazione		1	NO
ESITO INTERVENTO				
[RI] - Richiesta evasa				
Legenda: NR: Guasto non risolto, l'eventuale dismissione	Apparecchio Non Utilizzabile PR: Guasto parzialmente risolto, Appar	recchio utilizzabile per la sua funzionalità prin	cipale RI: Guasto risolto o attività tecnica co	nclusa, apparecchio utilizzabile, nell'esito è indicato anche
Si dichiara che il lavoro sopra	descritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea str	umentazione.		
TECNICO		UTENTE PER	PRESA VISIONE	
Cagnome Nome	Firma	Cognome Non	пе	Firma
Sborgia Marino	Sym7ope.	Tours gloria di simor	ne	91- to frame

SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI



PAG 1 di 1

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Invisre via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

E RICH MAIL 4.	MOD P						
2.54.24.24.2			*******************		**************		27
*********		*********************		********	*****************	*********	****************************
			(ITA oloñ	yn, əp E	nuo e anoizeli	dwoo)	Commenti/Altro:
	Data: :oferationI				:e ożerżlonI	0	Non competenza ATI:
	Preventivo:			······	Preventivo N°	0	Convenz, non di Proprietà:
***************	Intervento previsto il:	,,,,,,,,,,,,			Contatto:	0	Comodato/Leasing/
	:onolalaT		***************************************	******	Ditta:	0	(Saranzia;
ರಾಹ	1305万	977	70/S20	S	No ODF:	Ø	TTA othermoo
			(Ti	A ODITH	n,ijap euro e a	uoizeliqu	NON COMPILARE (CON
***************************************	0.4 - ARADEST IZA	Ε	TRO ASSENT	KIWE			Descrizione guasto/inco
							Apparecchio compl
(S eżnancizn	uì sinemisizis	Apparecchio p				
				3TN3	ИСОИЛЕИІ	1/015	AUD HUDISALANDE
	E002749	ricola/Seriale	usM			.1	lollebon
*********		*************	*******************		Α(ENKN	Oitta Costruttrice:
			עבו עוכם	MAXA	OR MULTII	LINOW	pparecchiatura:
	~		The state of the s		isea_l\otebo		alideoilide es erene
		_ (อานอรอม	d əs ojuotegildd				
*********	***************		************				eparto:
*******	*******************	****************	*************		02208 0.		יי יחום וחבות /חוחוכם ו
	************	OHOIDID!	4507005045000000000000000	A <i>A</i> /	ALE PESC,		ורווובמבוורבי
	1916	Telefono		****	INIAMAI	**********	· incomon ma
		Numero			9	Z-90-6	
			(a)uanaius	וגש מפו ע	o e auoizeiidi	M (con	ETTAGLIO RICHIEST

E, 49 2 9 Et







Codice Fornitore:

Causale Spedizione: Vendita

12268050155

Numero DDT: 3827

Del 28/05/2025

Pag. 1

Destinatario/Sede Legale: SIEMENS HEALTHCARE Srl

Via Vipiteno 4

20128 Milano (MI) (IT)

Partita IVA o codice fiscale

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	Drama	
UNITA'	OPERATIVA	SIC PESCARA	Journal Polito	Qia	Prezzo	Sconto in %
ACCONTO	VS ORDINE N°	4532465872 DEL 22/05/2025				
		Rif.offerta n.: 8495 del 20/05/2025				
1101718		BATT. Li-lon 14.8V 2.9Ah FUKUDA	DB	Pz 1,00		1
795632	The street	ORIG DS8100 Series, DS8200 SYSTEM, DS8007 SYSTEM				
		SENSORE SpO2 M-LNCS DCI MASIMO ORIG 90cm	24MJK	Pz 1,00		
1						
		(025/0)	1//			1
		2025/03 ACON	10			
32.14		D ORI	WE -	1		3
7.3						
65.11				j.		
Peso netto	The second second					

Annotazioni Generiche:

Aspetto esteriore dei beni: SCATOLA

Timb₂

Numero colli

CORRIERE: Vettore

TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO: Franco

DATA/ORA RITIRO

08 BRT S.p.A.

Via della Resistenza n° 4 53035 Monteriggioni Si

28/05/2025 13:43

e Firma Destinatario:

e Firma Conducente:

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 accettanto 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

INFORMATIVA PRIVACY: i dati esposti nel documento saranno utilizzati soltanto per fini contabili ed amministrativi nel rispetto dell'Art 13 D I ggs 106/2002



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01116/06 Data Inizio 23/06/2025

Ora Inizio 12:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 23/06/2025

Presidio PO Pescara

Ora Fine 12:30

Reparto UOC MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE ED URGENZA

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E002749

Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR Costruttore FUKUDA DENSHI CO LTD

Modello DYNASCOPE DS 8100 Stanza PE | TERRA | OBI

Matricola 50300112

Inventario Ente 650082898

GUASTO RISCONTRATO

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione batteria e sensore+cavo SpO2.

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione		Quantità	Rifatturabile
BTO-008	Batteria Li-lon 14.8V 2.9Ah		1	NO
1795632	Sensore a dito M-LNCS		1	NO
RC-4	cavo per SpO2		1	NO NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risollo, Apparecchio Non Ulilizzabile 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

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

TECNICO

Cognome Nome

Giuliani Federico

Febru Ghi

UTENTE PER PRESA VISIONE

Mariagrazia Bianchi

13000



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIE	STA (a	ompilazione a	cura del richiedente)		
Data Richiesta: Richiedente:	14/05 A.TIT.		Nur	mero:	
Presidio/Distretto: Reparto:	*********	OMIA PATO	OLOGIA	*******************	*************
Inventario N.PE/:			************************************	****************	***********
Barrare se applicabile			(Obbligatorio se presente)		
Apparecchiatura:		modato/Leas			
Ditta Costruttrice:	********	*************	12/13/14/15	************	***********
			un nontrana or de la la resta de la resta de la contra de		
SEGNALAZIONE GUA			Matricola/Sei	fale:	***********
Apparecchio comp					
			Apparecchio parzialmento SI SEGNALA ALLARME REL		
Descrizione guasto/inc A TUTTI GLI ARMAI			OI OLONALA ALLARIVIE REL	ATIVO ALFIL	IRI
*************************			0	*******************	**********
				A American	***********
NON COMPILARE (con	npilazion	ne a cura dell'i	FIRMA RICHIEDENT		ónla
NON COMPILARE (con	npilazion	ne a cura dell'u	FIRMA RICHIEDENT Ufficio ATI) STRADRAGA		árla
NON COMPILARE (com	mpilazion	ne a cura dell'u			árla
	mpilazion Ø		ufficio ATI) STRADRACA		árla
Contratto ATI	000	N° ODL:	ufficio ATI) STRADRACA	Telefono: Intervento	orla
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/	000	N° ODL: Ditta:	ufficio ATI) STRADRACA	Telefono: Intervento previsto il: Data	or La
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di	000	N° ODL: Ditta: Contatto: Preventivo	ufficio ATI) STRADRACA	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo: Data	arla
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di Proprietà:	0000	N° ODL: Ditta: Contatto: Preventivo N° Inoltrato a:	2025/01086 dell'ufficio ATI).	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di Proprietà: Non competenza ATI:	0000	N° ODL: Ditta: Contatto: Preventivo N° Inoltrato a:	2025/01086	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di Proprietà: Non competenza ATI:	0000	N° ODL: Ditta: Contatto: Preventivo N° Inoltrato a:	2025/01086 dell'ufficio ATI).	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIES	TA (compilazione a cura del richiedente)	
Data Richiesta:	14/05/2025 Num	ero:
Richiedente:	A.TITA DI CARLO Telefo	no: 2289
Presidio/Distretto:	PO PESCARA	
Reparto:	ANATOMIA PATOLOGIA	***************************************
inventario N.PE/:	(Obbligatorio se presente)	
Barrare se applicabile	☐ Comodato/Leasing/Service	
Apparecchiatura:	ARNADI ASPIRATI	700
Ditta Costruttrice:	MATR: E005611/12/13/14/15	
	Matricola/Ser	iale:
	ASTO/INCONVENIENTE	
	oletamente fermo Apparecchio parzialmente	funzionante
	CLOSONIAL A ALL ADME DEL	ATIVO AI FILTRI
Descrizione guasto/inc	Onvernence	
A TUTTI GLI ARMAI	DI ASPIRATI.	
	· FIRMA RICHIEDENT	re: Altidianla
NON COMPILARE (col	mpilazione a cura dell'ufficio ATI) 57 Pa	+ORDINAREA
Contratto ATI	Ø N° ODL: 2025/01085	GLANNI
Garanzia:	O Ditta:	Telefono:
Comodato/Leasing/ Service:	O Contatto:	Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà:	O Preventivo	Data Preventivo:
Non competenza ATI:	O Inoltrato a:	Data Inoltrato:
Commenti/Altro:	(compilazione a cura dell'ufficio ATI)	
		•
PAG 1 di 1		MOD PE RICH MAIL 4



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIE	STA (c	omnilazione a	ava del richiedento)	2904	
			edite del richiedeme)		
Data Richiesta:	14/05	/2025	Nu Nu	ımero:	**********
Richiedente:	A.TIT	A DI CARLO	Tele	efono: 2289	
Presidio/Distretto:	PO P	ESCARA	***************************************		
Reparto:	ANAT	OMIA PATO	DLOGIA	***********************	
Inventario N.PE/:	********	**************	(Obbligatorio se presente)		
Barrare se applicabile		modato/Leas		•	
Apparecchiatura:		ADI ASPIRA		->	
	MATI	R: E005611/	12/13/14/15	497444444444444444	
Modello:			Matricola/Se	arialo:	***********
SEGNALAZIONE GU				silaic	
Apparecchio com				ite funzionante (<u> </u>
Descrizione guasto/inc			SI SEGNALA ALLARME RE		
A TUTTI GLI ARMA			SECTIONS CURRENCES AND ADDRESS OF THE SECTION ADDRESS O	LATINO ALTIL	
	**********				,
NON COMPT AND			· FIRMA RICHIEDEN	NTE: ARTIDIC	án.La
NON COMPILARE (col	npilazio	ne a cura dell'u	ufficio ATI) STRAON	DINAMA	
Contratto ATI	Ø	N° ODL:	2025 07067		
Garanzia:	0	Ditta:		Telefono:	
Comodato/Leasing/ Service:	0				*************
SCIVICE,		Contatto:		Intervento	
Convenz. non di Proprietà:	0	Contatto: Preventivo N°		previsto il: Data	
Convenz. non di Proprietà:	0	Preventivo N°		previsto il: Data Preventivo:	
Convenz. non di	0	Preventivo		previsto il: Data	
Convenz. non di Proprietà:	(comp	Preventivo N° Inoltrato a:	dell'ufficio ATI)	previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	
Convenz. non di Proprietà: Non competenza ATI:	(comp	Preventivo N° Inoltrato a:	dell'ufficio ATI)	previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	
Convenz. non di Proprietà: Non competenza ATI:	(comp	Preventivo N° Inoltrato a:	dell'ufficio ATI)	previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	
Convenz. non di Proprietà: Non competenza ATI:	(comp	Preventivo N° Inoltrato a:		previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	RICH MAIL 4.2



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

THE RESERVE THE STATE OF THE ST	ESTA (compilazione a cura del richiedente)		
Data Richiesta: Richiedente: Presidio/Distretto: Reparto:	14/05/2025 A.TITA DI CARLO	umero: 22 89	
Inventario N.PE/:			********
Barrare se applicabile	(Obbligatorio se presente)		
Apparecchiatura:	Comodato/Leasing/Service ARNADI ASPIRATI	•	
Ditta Costruttrice:	MATR: E005611/12/13/14/15	~~	***********
Modello:		***************************************	
	JASTO/INCONVENIENTE Matricola/Se	riale:	***********
Apparecchio com	pletamente fermo Apparecchio parzialmeni		
Descrizione guasto/ind A TUTTI GLI ARMA	conveniente SI SEGNALA ALLARME REI	_ATIVO AI FILT	RI

NON COMPILARE (CO)	mpilazione a cura dell'ufficio ATI) FIRMA RICHIEDEN STRADOR		J.
	mpilazione a cura dell'ufficio ATI) STRAGRACIO Nº ODL: ZOZS OLOGB	TE: ARTDIG	J.
Contratto ATI Garanzia:	ripilazione a cura dell'ufficio ATI) STRADROLO	VANIA	l.
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service:	N° ODL: ZOZS OSOBB	Telefono: . Intervento	J.
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di	N° ODL: ZOZS OLOPB Ditta:	Telefono: Intervento previsto il: Data	J.
Contratto ATI	N° ODL: ZOZS OLOGB Ditta: Contatto: Preventivo	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo:	J.
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di Proprietà:	N° ODL: ZOZS OLOGB Ditta: Contatto: Preventivo N° Inoltrato a:	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	
Contratto ATI Garanzia: Comodato/Leasing/ Service: Convenz. non di Proprietà: Non competenza ATI:	N° ODL: ZOZS OLOGB Ditta: Contatto: Preventivo	Telefono: Intervento previsto il: Data Preventivo: Data Inoltrato:	



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 4532477416 del 27/05/2025

Spett.le

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

Cod. Cli.	Partita IVA	Codice fiscale	Riferimente Telefonici	Numero D.D.T.	Data D.D.T.	Pag.
C334	IT12268050155	04785851009		0507/2025	21/07/2025	1 Di 1

Codice Descrizione U.M. Quantità S/P

Rif. Ns. Conferma Ordine 2025/0395/V del 27/05/2025, Vs. Ordine 4532477416 - Saldo Ordine

50-F001 FILTRO DI RICAMBIO PER ARMADI PER FORMALINA 500X250X45 Pz 4,00 S

N. Colli	Peso	Causale del trasporto	Aspetto dei ber	Aspetto dei beni		Ora del trasporto
2		Spedizione Ordini	Ordini CARTONI		21/07/2025	
Trasporto a cura di Incaricato di MITTENTE		cato del trasporto	Porto PORTO	O FRANCO		

Destinazione della merce

SIEMENS HEALTHCARE SRL LABORATORIO ATI C/O OSPEDALE S.SPIRITO "IA PAOLINI, 45

ኅ4 Pescara (PE) Italia

.core____

FIRMA del destinatario



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01083/07 Data Inizio 01/08/2025

Ora Inizio 11:30

Tipo Straordinaria

Data Fine 01/08/2025

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005611

Descrizione ARMADIO ASPIRATO A FILTRAZIONE CHIMICA

Costruttore BIO OPTICA MILANO SPA Modello FORMALIN CABINET 1200 Presidio PO Pescara

Reparto UOC ANATOMIA PATOLOGICA

Stanza PE | -1 | PRELIEVO ORGANI

Matricola 19FC1345289N

Inventario Ente 650072085

GUASTO RISCONTRATO

come da descrizione.

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione del filtro. LOT.1003.010020

Ore layoro 00:20

Ore viaggio 00:00

Ora Fine 11:50

MATERIALI IMPIEGATI

Codice Descrizione Quantità

Rifatturabile

50-F001

Filtro per formalina

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

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

TECNICO

Cognome Nome Giuliani Federico

Film Ghi

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Anna Rita Di Carlo

403



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01084/07 Data Inizio 01/08/2025

Ora Inizio 11:50

Tipo Straordinaria

Data Fine 01/08/2025

Ora Fine 12:10

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005612

Descrizione ARMADIO ASPIRATO A FILTRAZIONE CHIMICA

Costruttore BIO OPTICA MILANO SPA Modello

FORMALIN CABINET 1200

Presidio PO Pescara

Reparto UOC ANATOMIA PATOLOGICA

Stanza PE | -1 | PRELIEVO ORGANI

Matricola 19FC1345286N

Inventario Ente 650072082

GUASTO RISCONTRATO

come da descrizione.

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione del filtro. LOT.1003.010020

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

50-F001

filtro per formalina

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

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

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

TECNICO

Cognome Nome

Firma

Febru lighting

Giuliani Federico

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Anna Rita Di Carlo

Firma

1200



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/01085/07 Data Inizio 01/08/2025

Ora Inizio 12:10

Tipo Straordinaria

Data Fine 01/08/2025

Ora Fine 12:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005613

Descrizione ARMADIO ASPIRATO A FILTRAZIONE CHIMICA

Costruttore BIO OPTICA MILANO SPA Modello FORMALIN CABINET 1200 Presidio PO Pescara

Reparto UOC ANATOMIA PATOLOGICA

Stanza PE | -1 | PRELIEVO ORGANI

Matricola 19FC1345287N

Inventario Ente 650072083

GUASTO RISCONTRATO

come da descrizione

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione del filtro. LOT.1003.010020

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

50-F001

filtro per formalina

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda; NR: Guasto non risollo, 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 Giuliani Federico

Firma

Febri Ghi

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Anna Rita Di Carlo

Firma

4.01-

Report inviato via e-mail a: annarita.dicarlo@asl.pe.it



RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO Codice 2025/01086/07 Tipo Straordinaria Data Inizio 01/08/2025 Ora Inizio 12:30 Data Fine 01/08/2025 Ora Fine 12:50 DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005614

Descrizione ARMADIO ASPIRATO A FILTRAZIONE CHIMICA

Costruttore BIO OPTICA MILANO SPA Modello FORMALIN CABINET 1200 Presidio PO Pescara

Reparto UOC ANATOMIA PATOLOGICA

Stanza PE | -1 | PRELIEVO ORGANI Matricola 19FC1345288N

Inventario Ente 650072084

GUASTO RISCONTRATO

come da dwscrizione

DESCRIZIONE INTERVENTO

Sostituzione del filtro. LOT.1003.010020

Ore lavoro 00:20

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI Codice Descrizione Quantità Rifatturabile 50-F001 filtro per formalina NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

Legenda: NR: Guasto non risollo, 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.

Cognome Nome Giuliani Federico Februar Gothing

UTENTE PER PRESA VISIONE Cognome Nome Firma Anna Rita Di Carlo 140)-



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIES	STA (compilazione a cura del richiedente)	
Data Richiesta:		nero:
Richiedente:	DR M. BASILE Telefo	ono: 9898413
Presidio/Distretto:	PO POPOLI	
Reparto:	CHIRURGIA ENDOSCOPICA	<u>.</u>
Inventario N.PE/:	E006026 - E006025 (Obbligatorio se presente)	
Barrare se applicabile	☐ Comodato/Leasing/Service	
Apparecchiatura:	ARMADIO PER STRUMENTI ENDOSCOPICI	
Ditta Costruttrice:	STEELCO	
Modello:	ED 200/1 ED 200/1 Matricola/Ser	iale: 151710GQ031 - 151710GQ032
SEGNALAZIONE GUA	ASTO/INCONVENIENTE	
Apparecchio comp	oletamente fermo Apparecchio parzialmente	e funzionante 🔘
Descrizione guasto/inc	MANUITENZIONE OPPINADIA	A (scad. 31/3/2025)
	Orparting U.Ö.S. FIRMA RICHIEDEN	TEL DI MESO BASILE
NON COMPILARE (col	mpilazione a cura dell'ufficio ATI)	1150 - Tel /307566603 - 085,98984 3
Contratto ATI	N° ODL: 2025/006Z	1 STEELE
Garanzia:	O Ditta:	Telefono:
Comodato/Leasing/ Service:	O Contatto:	Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà:	O Preventivo N°	Data Preventivo:
Non competenza ATI:	O Inoltrato a:	Data Inoltrato:
Commenti/Altro:	(compilazione a cura dell'ufficio ATI)	
	Duegaro C	
PAG 1 di 1		MOD PE RICH MAIL 4.2

Steelco Service S.r.l.

Sede legale: Via Balegante 27, Riese Pio X - 31039 (TV)

Sede operativa: Via Bolzani 122/B, Maserà di Padova - 35020 (PD)

Tel. 049 8868447 - Fax 049 825 2841

Email: administration-it@steelcogroup.com - Internet: www.steelcoservice.com

C.F. e P. IVA: 04823140266



Pagina 1 di 1

Rapporto di interve	ento n° 25002751	del	10/06/2	025		0-11-		
Tecnico: COLA	NTONI ETTORE		10,00,2			Caus. Int. MP	Caus. ch.	MP
Spett.le: H.C. H	OSPITAL CONSULTING	SPA						
Presso: OSPE	DALE DI POPOLI	- O.IA.		Lassitts		N° Tel		
	SCOPIA DIG. 1°PIANO	10		Località:		POLI		
			Ordine ric	niesta n°	OR	D2025HC20449	del	28/05/202
N° serie/N° fabbr	Ti	po macchi	inario imi	pianto				
1501710GQ031			D200				Codice Macchi	nario
							ED2001	
Guasto Segnalato:								
VISITA MANUTEN	ZIONE PREVENTIVA+FII	TRO		Problema F	Riscon	trato:		
		-1110						
N° cicli: 8392	Acqua di							
	Alimentazione d	anoratoro			°F	Acqua di		- °F
Descrizione interver	to:	eneratore		<u>- n</u>	nS/cm	Alimentazione p	ompa	- mS/cm
Eseguito visita di manu Prove regolari.	tenzione come da contratto.					Orari di lavor	0	
Joint.						Data	Ora Inizio	Ora Fine
Matariali O						10/06/2025	11:00	12:30
Materiali Sostituit	i							
Cod. art.	Descrizione articolo			-				
660039	INSERTO RAPIDO MA	SCH 4/41	ID Ange				Quantità	Cod. mag.
660040	INSERTO RAPIDO FEI	MM 4/4 N	IB NV IL				1	T11
Note: Filtri fo	District Co.	WIIWI. 1/4 N	IN A BO	DY			1	T11
riitri to	rniti dal cliente.				***************************************			
Smaltimento Rifiuti:	I OUT		-					
	[] CLIENTI		[]STI	EELCO				
Stato Intervento:	7.4 mil.							
Tonto.	[X] FINITO		[]NO	N FINITO				
								-51

Il costo orario del presente intervento, anche per le ore di viaggio per trasferta, rientro in sede, verrà addebitato secondo le tabelle in vigore. Dichiaro di approvare, per ogni controversia ai sensi dell'art. 1341 cc inerente il presente intervento e relativo pagamento, la competenza esclusiva del foro di Treviso.

10/06/2025

Firma del Tecnico

Data

Timbro e Firma del Cliente



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICHIE	STA (compilazione a cura del richiedente)	
		The state of the s
Data Richiesta:		mero:
Richiedente:	DR M. BASILE Tele	fono: 9898413
Presidio/Distretto:	PO POPOLI	***************************************
Reparto:	CHIRURGIA ENDOSCOPICA	
Inventario N.PE/:	E006026 - E006025 (Obbligatorio se presente)	
Barrare se applicabile	☐ Comodato/Leasing/Service	
Apparecchiatura:	ARMADIO PER STRUMENTI ENDOSCOPICI	
Ditta Costruttrice:	STEELCO	
Modello:	ED 200/1 ED 200/1 Matricola/Se	eriale: 151710GQ031 - 151710GQ032
SEGNALAZIONE GU	ASTO/INCONVENIENTE	
Apparecchio com	pletamente fermo O Apparecchio parzialmen	te funzionante
Descrizione guasto/inc	conveniente MANUTENZIONE ORDINAR	IA (scad. 31/3/2025)
	Minoralia	ASL PESGAPA
	U.G.S	nento di Chiruffa y O, di Popoli S.D. ci Chirufa y Indoscopica
NON COMPTLARE (COL	mpilazione a cura dell'ufficio ATI)	TE to . Dr Marso BASILE
TOTAL CONTRACTOR (CO)	inpidazione a cura dell'unicio ATT)	
Contratto ATI	0 NAODL: 625/0062	2 STEELE
Garanzia:	O Ditta:	Telefono:
Comodato/Leasing/ Service:	O Contatto:	Intervento previsto il:
Convenz. non di Proprietà:	O Preventivo	Data Preventivo:
Non competenza ATI:	O Inoltrato a:	Data Inoltrato:
Commenti/Altro:	(compilazione a cura dell'ufficio ATI)	
	SUECATO C	
PAG 1 di 1		MOD PE RICH MAIL 4.2

Steelco Service S.r.l.

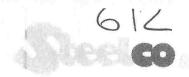
Sede legale: Via Balegante 27, Riese Pio X - 31039 (TV)

Sede operativa: Via Bolzani 122/B, Maserà di Padova - 35020 (PD)

Tel. 049 8868447 - Fax 049 825 2841

Email: administration-it@steelcogroup.com - Internet: www.steelcoservice.com

C.F. e P. IVA: 04823140266



Pagina 1 di 1

Rapporto di intervento n° 25002755 del 10/06/2025			/2025	(Caus. Int. MP	Caus. ch.	MP	
Tecnico: CO	LANTONI E	TTORE			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			
Spett.le: H.C	. HOSPITA	L CONSULTING S.P	.A.			N° Tel		
Presso: OS	PEDALE DI	POPOLI		Località:	POP	OLI		
Reparto: ENI	DOSCOPIA	DIG. 1°P. AMB.	Ordine	richiesta n°	ORI	D2025HC20448	del	08/05/2025
N° serie/N° fabb	r T	Tipo m	acchinario	impianto			odice Macchir	nario
1501710GQ032			ED200				ED2001	Idilo
Guasto Segnalai	to:			Dubling				
		REVENTIVA+FILTR	0	Problema F	KISCONT	rato:		
							-1005,/1100	
N° cicli: 8	5510	Acqua di			°F	Acqua di		- °F
Descrizione inter	u raméa i	Alimentazione gene	ratore	- r	nS/cm	Alimentazione po	ompa	- mS/cn
Eseguito visita di n		come da contratto		Orari di lavoro				
Prove regolari.						Data	Ora Inizio	Ora Fine
						10/06/2025	12:30	14:00
Note: File	tri forniti dal	alianta					NATIONAL DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PR	
110.00	ar formiti dai	chente.						
Smaltimento Rifi	uti:	[] CLIENTE	1] STEELCO		24		
Stato Intervento:		[X] FINITO	[] NON FINITO	,			

Il costo orario del presente intervento, anche per le ore di viaggio per trasferta, rientro in sede, verrà addebitato secondo le tabelle in vigore.

Dichiaro di approvare, per ogni controversia ai sensi dell'art. 1341 cc inerente il presente intervento e relativo pagamento, la competenza esclusiva del foro di Treviso.

Gilfn

10/06/2025

Firma del Tecnico

Data

Timbro e Firma del Cliente



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICH	IESTA (compilazione	e a cura del richiedente)	7232304
Data Richiesta:	15-04-		
	1.00		Numero:
	A GELL D		Telefono:
Presidio/Distretto		SCARA.	
Reparto:	GASIRO	Ellie ROLOGIA	
Inventario N.PE/:	E002280	O (Obbligatorio se pres	sente)
Barrare se applicabile	☐ Comodato/Le	easing/Service	
Apparecchiatura:	ARMADI	O STOCCAGGIO	EUDOSCOPI
Ditta Costruttrice:	STEELC	20	
Modello:	***************************************	Matrice	ola/Seriale:
SEGNALAZIONE GI	UASTO/INCONVE	NIENTE	na/Seriale:
	npletamente fermo		almente funzionante
Descrizione guasto/in			
Si RICH	12N2 505	2,5,12,	
COMPRE	5500	1110 CLOUE FI	CTRO HEPA +
	2000CB	***************************************	
NON COMPILARE (co	mnilazione a cura de	FIRMA RICH	EDENTE:
	mphazione a cura del	TUTTICIO ATI)	
Contratto ATI	Ø № ODL:	2025/0080	IT Steeles
Garanzia:	O Ditta:		Telefono:
Comodato/Leasing/ Service:	O Contatto:		Intervento
Convenz. non di Proprietà:	O Preventivo		previsto il: Data
lon community	0		Preventivo: """"
lon competenza ATI:	Inoltrato a:		Data Inoltrato:
ommenti/Altro:	(compilazione a cura	dell'ufficio ATI)	

****************************	<i>†</i>	ALLEGATO C	
NG 1 di 1		The state of the s	

MOD PE RICH MAIL 4.2

Steelco Service S.r.l.

Sede legale: Via Balegante 27, Riese Pio X - 31039 (TV)

Sede operativa: Via Bolzani 122/B, Maserà di Padova - 35020 (PD)

Tel. 049 8868447 - Fax 049 825 2841

Email: administration-it@steelcogroup.com - Internet: www.steelcoservice.com

C.F. e P. IVA: 04823140266



Pagina 1 di 1

Rapporto d	i intervento n°	25002743	del	10/06/2	2025	(Caus. Int. MP	Caus. ch.	MP
Tecnico:	COLANTONI E	TTORE							
Spett.le:	H.C. HOSPITA	L CONSULTIN	G S.P.A.				N° Tel		
Presso:	OSPEDALE DI	PESCARA			Località:	PES	CARA		
Reparto:	ENDOSCOPIA	DIGESTIVA-	TH 8	Ordine ri	chiesta n°	OR	D2025HC20454	del	28/05/2025
N° serie/N°	fabbr		Гіро тасс	chinario im	nianto			Sadiaa Maaa Li	
1501710120	56			ED200/2	тріатію	-		codice Macchi ED2001	nario
							-	ED2001	
Guasto Seg VISITA MA	nalato: NUTENZIONE P	REVENTIVA+F	ILTRO		Problema R	Riscont	rato:		
N° cicli:	84972	Acqua di				°F	Acqua di		- °F
		Alimentazione	generato	ore	- m	nS/cm	Alimentazione p	ompa	- mS/cm
Descrizione Eseguito visit	Control of the Contro						Orari di lavoro		
Prove regolar	a di manutenzione d i.	ome da contratto					Data	Ora Inizio	Ora Fine
							09/06/2025	11:00	14:00
TI TARRE		7-1-4-1	Li-Xn		7.75	7		30 00000	
Note: Filtr	Compressore d								
Smaltiment	Rifiuti:	[]CLIEN	NTE	[]	STEELCO				
Stato Interv	ento:	[X] FINIT	0	[]	NON FINITO				

Il costo orario del presente intervento, anche per le ore di viaggio per trasferta, rientro in sede, verrà addebitato secondo le tabelle in vigore.

Dichiaro di approvare, per ogni controversia ai sensi dell'art. 1341 cc inerente il presente intervento e relativo pagamento, la competenza esclusiva del foro di Treviso.

Welster

10/06/2025

Firma del Tecnico

Data

Timbro e Firma del Cliente



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICI	HIESTA (compilazione a cura del richiedente)	252964
Data Richiesta:	18-04-25	
Richiedente:	A. GEU DI	Numero:
Presidio/Distrett	O: PO- PESCARA	elefono:
Reparto:	GASTROEUT=18010610	A
Inventario N.PE/:	EOO 2251 (Obbligatorio se presente	
Barrare se applicabile	Comodato/Leasing/Service	
Apparecchiatura:	ARMADIO STOCCAGGIO EUL	
Ditta Costruttrice:	STEELCO	1902cop1
Modello:		
SEGNALAZIONE G	UASTO/INCONVENIENTE Matricola/S	eriale:
Apparecchio cor		
Descrizione guasto/ir	npletamente fermo Apparecchio parzialmen nconveniente	nte funzionante 🚫
	RICHIEPE SOSTITUZIONE F	LIRO HEPA
ON COMPILARE (CO	mpilazione a cura dell'ufficio ATI)	ITE: Q
	, sinc a cara dell'ullicio ATT)	
ontratto ATI	® N° ODL: 262500 898	Steolog
aranzia:	O Ditta:	
modato/Leasing/ rvice:	O Contatto:	Telefono:
nvenz. non di	O Preventivo	Intervento previsto il:
pprietà: n competenza ATI:	No	Data Preventivo:
	Inoltrato a:	Data
nmenti/Altro:	(compilazione a cura dell'ufficio ATI)	Inoltrato:

1 di 1	DUEGARO (
- ur L		
		MOD PE RICH MAIL 4.2

Steelco Service S.r.l.

Sede legale: Via Balegante 27, Riese Pio X - 31039 (TV)

Sede operativa: Via Bolzani 122/B, Maserà di Padova - 35020 (PD)

Tel. 049 8868447 - Fax 049 825 2841

Email: administration-it@steelcogroup.com - Internet: www.steelcoservice.com

C.F. e P. IVA: 04823140266



Pagina 1 di 1

Rapporto di interven		del 10/06/2	2025	С	aus. Int. MP	Caus. ch.	MP
Tecnico: COLAN	ITONI ETTORE						
Spett.le: H.C. HC	DSPITAL CONSULTING	S.P.A.	25		N° Tel		
Presso: OSPED	ALE DI PESCARA	ija in nakit	Località:	PESC	ARA		
Reparto: ENDOS	COPIA DIGESTIVA-	Ordine ri	chiesta n°	ORD	2025HC20457	del	28/05/2025
N° serie/N° fabbr	Tip	po macchinario im	npianto			Codice Macchi	
150171012057		ED200/2	- Picinto			ED2001	nario
Guasto Segnalato:	一声, 直示声情况。		Problema Ris	contra	ato:		
VISITA MANUTENZ	IONE PREVENTIVA						
				-			
N° cicli: 84264	Acqua di		- °F	F /	Acqua di	,,,,,	- °F
	Alimentazione g	jeneratore	- mS	- 5 T	Alimentazione į	oomna	- r - mS/cm
Descrizione intervent					Orari di lavor		- 1110/0111
Eseguito visita di manut Prove regolari.	enzione come da contratto.			٠,	Data		0 =
				-		Ora Inizio	Ora Fine
					10/06/2025	08:00	11:00
Materiali Sostituit							
Cod. art.	Descrizione articolo	tick of the				Quantità	Cod. mag.
045696	RAC SMC 976KPH06-	-01 D.6 1/8" DRIT	ТО			16	T11
Note: Filtri fo	rniti dal cliente.	har					
Smaltimento Rifiuti:	[] CLIENT	TE [] S	STEELCO				
Stato Intervento:	[^A] FINITO	[]	NON FINITO				
			de l'el				

Il costo orario del presente intervento, anche per le ore di viaggio per trasferta, rientro in sede, verrà addebitato secondo le tabelle in vigore.

Dichiaro di approvare, per ogni controversia ai sensi dell'art. 1341 cc inerente il presente intervento e relativo pagamento, la competenza esclusiva del foro di Treviso.

10/06/2025

Firma del Tecnico

Data

Timbro e Firma del Cliente



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE Inviare via mail a <u>assistenzamedicali.pescara@ism-sms.it</u> via FAX (int):2964 (est):085-4252964

DETTAGLIO RICH	IESTA (compilazione a cura del richiedente)
Data Richiesta:	18-04-25
Richiedente:	A-6=401 Numero:
Presidio/Distrette	OCU 64
Reparto:	" COUTING
Inventario N.PE/:	
	(Obbligatorio se presenta)
Barrare se applicabile	Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura:	ARMADIO STOCCAGGIO ENDOSCOPI
Ditta Costruttrice:	
	Matricola/Seriale:
SEGNALAZIONE G	ASTO/INCONVENIENTE
	pletamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante
Descrizione guasto/ir	conveniente
59	4 CHIEDE SOSTITUZIONE FILTRO HEPA
Nove	ETDMA DZOUJE
NON COMPILARE (co	mpilazione a cura dell'ufficio ATI)
Contratto ATI	0005 000
Contratto ATI	N° ODL: 2025,00900 Steele-
Garanzia:	O Ditta:
Comodate//	Telefono:
Comodato/Leasing/ Service:	Contatto: Intervento
Convenz. non di	Drevisto il:
Proprietà:	Preventivo Data
Non competenza ATI:	Preventivo:
Timpotenza ATI.	Inoltrato a: Data
Commenti/Altro:	Inoltrato: """ (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

*******************************	AUEGARO C
AG 1 di 1	

MOD PE RICH MAIL 4.2

Steelco Service S.r.l.

Sede legale: Via Balegante 27, Riese Pio X - 31039 (TV)

Sede operativa: Via Bolzani 122/B, Maserà di Padova - 35020 (PD)

Tel. 049 8868447 - Fax 049 825 2841

Email: administration-it@steelcogroup.com - Internet: www.steelcoservice.com C.F. e P. IVA: 04823140266



Rapporto	di intervento n°	25002739 del				Pagina 1 di 1		
Tecnico:	COLANTONI ETTORE			6/2025	Caus. Int. MP	Caus. ch.	MD	
Spett.le:	Spett.le: H.C. HOSPITAL CONSULTING S.P.A.					0440. 011.	IVIF	
Presso: OSPEDALE DI PESCARA					N° Tel			
		PIA DICECTRA		Località: PE	PESCARA			
Reparto: ENDOSCOPIA DIGESTIVA-			Ordine	Ordine richiesta n° ORD2025HC20456			0010-	
N° serie/N° fabbr		Tipo maco	Chinario i	The last of		del	28/05/202	
150171012055		Tipo macchinario impianto ED200/2				Codice Macchinario		
					ED2001			
Guasto Seg	gnalato:							
VISITA MANUTENZIONE PREVENTIVA+FILTRO				Problema Riscontrato:				
N° cicli: 83063 Alimentazione generatore Descrizione intervento: Eseguito visita di manutenzione come da contratto. Prove regolari.			re	- °F - mS/cm	rioqua ui		- °F	
				Orari di lavor			1110/01	
				2.7	Data	Ora Inizio	Ora Fine	
					09/06/2025	14:00	16:00	
ote: Filtri	Compressore d	a sostituire. e.					10.00	
maltimento Rifiuti: [] CLIENTE			[]s	TEELCO				
tato Intervento: [A] FINITO		[]N	[] NON FINITO					

Il costo orario del presente intervento, anche per le ore di viaggio per trasferta, rientro in sede, verrà addebitato secondo le tabelle in vigore. Dichlaro di approvare, per ogni controversia al sensi dell'art. 1341 cc inerente il presente intervento e relativo pagamento, la competenza esclusiva del foro di Treviso.

Firma del Tecnico

10/06/2025

Data

Timbro e Firma del Cliente