

Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/02523-2025/00100-00101-00102-  
~~00103-00054-00059~~  
Ns. sigle 2025-04021230  
Data 04/02/2025

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: **2025-04021230 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/02523-2025/00100-00101-00102-00103-00054-00059**

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

- 2024/02523 del 07/10/2024: Armadio Aspirato Bio Optica Formalin Cabinet 1200 c/o Anatomia Patologica del PO di Pescara, inv. E005611, richiesta del reparto: "segnala cambio filtri", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione.
- 2025/00100-00101-00102 del 09/12/2024: Defibrillatore Schiller PA-1 c/o DSB Pescara Nord, inv. E007505-E011017, E015188, richiesta reparto: "DAE con spia rossa accesa", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione delle batterie.
- 2025/00103 del 15/01/2025: Defibrillatore AMI Italia Saver One c/o DSB Pescara Nord, inv.E009985, richiesta reparto: "sostituzione batteria non ricaricabile", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della batteria.
- 2025/00054 del 08/01/2025: Monitor Multiparametrico Nihon Kohden 3763 c/o la Terapia Intensiva del PO di Popoli, inv. E014554, in garanzia, richiesta reparto: "non si gonfia", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione dei bracciali adulto.
- 2025/00059 del 09/01/2025: Defibrillatore Zoll AED 3 c/o il Blocco Operatorio di Penne, inv.E013358, richiesta reparto: "sostituzione batteria", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della batteria.

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
8	Tutte	Installazione e controllo funzionale	960 €	0 €
1	2024/02523	Filtro per formalina	1.000,00 €	1.000,00 €
3	2025/00100-00101-00102	Batteria non ric. PA-1	360,00 €	1.080,00 €
1	2025/00103	Batteria per Saver One	295,00 €	295,00 €
2	2025/00059	Bracciale NIBP	80,00 €	160,00 €

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 2

1	2025/00059	Batteria AED 3	370,00 €	370,00 €
		<b>PREZZO TOT</b>	<del>1.040,00 €+ IVA</del> <b>2.905,00 + IVA</b>	

Distinti saluti  
La Direzione Tecnica

Unrestricted Associazione Temporanea d'Impresa  
Siemens S.p.A.  
Hospital Consulting S.p.A.  
Philips Medical System S.p.A.  
c/o Azienda USL di Pescara  
Via Paolini, 47  
65100 Pescara  
tel. 085.4252963 fax 085.4252964

pagina 2 di 2

**SIEMENS**  
**Healthineers**



**MARUFAPUTA FM**  
Health Facility Management



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

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

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

**Data Richiesta:** 07/10/2024  
**Richiedente:** A.RITA DI CARLO Numero: .....  
**Presidio/Distretto:** PO PESCARA Telefono: 2289  
**Reparto:** ANATOMIA PATOLOGICA  
**Inventario N.PE/:** E005611/72058 ASL..... (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** ARMADIO ASPIARATO  
**Ditta Costruttrice:** BIO OPTICA  
**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante   
 Descrizione guasto/inconveniente SEGNALA CAMBIO FILTRI

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

**FIRMA RICHIEDENTE:** *A.Rita Di Carlo*

**Contratto ATI**  N° ODL: 2024/02523 FEDERICO  
**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).....  
*SINUSO USINADA - Au. C*

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02523/08  
 Data Inizio 10/02/2025 Ora Inizio 12:00  
 Tipo Straordinaria  
 Data Fine 10/02/2025 Ora Fine 12:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005611  
 Presidio PO Pescara  
 Descrizione ARMADIO ASPIRATO A FILTRAZIONE CHIMICA  
 Reparto UOC ANATOMIA PATOLOGICA  
 Costruttore BIO OPTICA MILANO SPA  
 Stanza PE |-1 | PRELIEVO ORGANI  
 Modello FORMALIN CABINET 1200  
 Matricola 19FC1345289N Inventario Ente 650072085

GUASTO RISCONTRATO

filtro scaduto allegato C

DESCRIZIONE INTERVENTO

sostituzione filtro

Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
50-f001	filtro formalina	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

Firma

Giuliani Federico



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Dalila palestini





**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

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: 09/12/2024 ..... Numero: .....

Richiedente: D'AGOSTINO ..... Telefono: 3457 .....

Presidio/Distretto: AREA DISTRETTUALE PESCARA .....

Reparto: CERS PESCARA NORD - .....

Inventario N.PE/: 89999-90000-90001-90( *Obbligatorio se presente* ) ..... **E 007505**

Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura: DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI (DAE) .....

Ditta Costruttrice: SCHILLER .....

Modello: ..... Matricola/Seriale: .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente N. 5 DAE CON SPIA ROSSA ACCESA AD .....

INTERMITTENZA E SPIA VERDE ACCESA. POSSIBILE MANUTENZIONE PROGRAMMATA SCADUTA .....

INVENTARIO ASL DEI DAE 89999-90000-90001-90002-90003 (BATTERIA E PIASTRE NON SCADUTE) .....

**FIRMA RICHIEDENTE:** D'AGOSTINO MAURO .....

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

Contratto ATI  N° ODL: 2025/00100 RENO .....

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) .....

**STRABORDINARIA - ALLEGATO C**



## DOCUMENTO DI TRASPORTO Numero 689 del 19/02/25

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

<b>Ragione Sociale</b> Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO		Codice cliente/fornitore: 2618	<b>Luogo di consegna</b> Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA		Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
<b>Trasporto a mezzo</b>	<b>Causale del trasporto</b> RESO RIPARATO	<b>Inizio del trasporto</b> 19/02/25 14:25		<b>Vettore</b>	
<b>Istruzioni di consegna</b>	<b>Porto</b> DAP - FRANCO	<b>C.I.G./ C.U.P.:</b> 7920276285		<b>Riferimenti destinatario</b> C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875	

Codice	Descrizione	Quantità		Saldo
RIPARAZION	<b>Manutenzione preventiva e verifiche elettriche</b> Riparazione defibrillatore FRED PA 1 s/n 127999013128 Part number: RIPARAZIONI VARIE	NR	1	No
RIPARAZION	<b>Manutenzione preventiva e verifiche elettriche</b> Riparazione defibrillatore FRED PA 1 s/n 127999013133 Part number: RIPARAZIONI VARIE	NR	1	No
RIPARAZION	<b>Manutenzione preventiva e verifiche elettriche</b> Riparazione defibrillatore FRED PA 1 s/n 127999013135  vs PO 4532180986  riferimenti 2025/00100-2025/00101-2025/00102 Part number: RIPARAZIONI VARIE	NR	1	No

<b>Aspetto esteriore dei beni</b>	<b>Numero colli</b>	<b>Peso</b> KG	<b>A.T.I.</b> SIEMENS I.C. HOSPITAL CONSULTING MARIFARMA FM Via Paolini, 45 - 65124 PESCARA Tel. 085 4252963 - Fax 085 4252964
<b>Firma mittente</b>	<b>Firma vettore</b>		

Logic S.r.l. - Via Antonio Pigafetta, 1 - 34147 - Trieste  
 Tel. +39 040 823392 sales@logic-medical.com PEC: logic-medical@pec.it  
 C.F. , P. IVA e Nr. Iscrizione al Reg. Imprese. di Trieste: 00977960327 Capitale I.V.: € 111.508,97

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/00100/05

Data Inizio 24/02/2025

Ora Inizio 12:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 24/02/2025

Ora Fine 12:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E007505

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

Costruttore SCHILLER AG

Modello FRED PA-1

Presidio DSB Pescara Nord

Reparto Pescara Nord - DSB

Stanza DSB PESCARA NORD | TERRA | SALA PRELIEVI 2

Matricola 127999013128

Inventario Ente 89999

GUASTO RISCONTRATO

anomalia

DESCRIZIONE INTERVENTO

si riconsegna apparecchio riparato

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 d'ismissione

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

TECNICO

Cognome Nome

Crisante Sacha

Firma

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

cardi

Firma



**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

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

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

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

Data Richiesta: 09/12/2024  
 Richiedente: D'AGOSTINO Numero: .....  
 Presidio/Distretto: AREA DISTRETTUALE PESCARA Telefono: 3457  
 Reparto: CERS PESCARA NORD -  
 Inventario N.PE/: ~~89999-90000-90001-90~~ (Obbligatorio se presente) **E 011017**  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI (DAE)  
 Ditta Costruttrice: SCHILLER  
 Modello: ..... Matricola/Seriale: .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente N. 5 DAE CON SPIA ROSSA ACCESA AD  
 INTERMITTENZA E SPIA VERDE ACCESA. POSSIBILE MANUTENZIONE PROGRAMMATA SCADUTA  
 INVENTARIO ASL DEI DAE 89999-90000-90001-90002-90003 (BATTERIA E PIASTRE NON SCADUTE)

FIRMA RICHIEDENTE: D'AGOSTINO MAURO

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

Contratto ATI  N° OD: **2025/00101 RE140**  
 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).....

**STRASOPINANA - ALLEGATO C**

**RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE**

**DETTAGLI INTERVENTO**

Codice 2025/00101/05

Data Inizio 24/02/2025

Ora Inizio 11:45

Tipo Straordinaria

Data Fine 24/02/2025

Ora Fine 12:00

**DETTAGLI APPARECCHIATURA**

Codice Apparecchio E011017

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

Costruttore SCHILLER AG

Modello FRED PA-1

Presidio DSB Pescara Nord

Reparto Pescara Nord - DSB

Stanza DSB PESCARA NORD | TERRA | INGRESSO

Matricola 127999013133

Inventario Ente 90002

**GUASTO RISCONTRATO**

anomalia

**DESCRIZIONE INTERVENTO**

si riconsegna apparecchio riparato

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

Crisante Sacha

Firma



**UTENTE PER PRESA VISIONE**

Cognome Nome

cardi

Firma





**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

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

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

**Data Richiesta:** 09/12/2024  
**Richiedente:** D'AGOSTINO  
**Numero:** .....  
**Presidio/Distretto:** AREA DISTRETTUALE PESCARA  
**Telefono:** 3457  
**Reparto:** CERS PESCARA NORD -  
**Inventario N.PE/:** 89999-90000-90001-90 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** DEFIBRILLATORI SEMIAUTOMATICI (DAE) *E 015108*  
**Ditta Costruttrice:** SCHILLER *IN. ENTE*  
**Modello:** ..... *90003*  
**Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

**Descrizione guasto/inconveniente** N. 5 DAE CON SPIA ROSSA ACCESA AD  
 INTERMITTENZA E SPIA VERDE ACCESA. POSSIBILE MANUTENZIONE PROGRAMMATA SCADUTA  
 INVENTARIO ASL DEI DAE 89999-90000-90001-90002-90003 (BATTERIA E PIASTRE NON SCADUTE)

**FIRMA RICHIEDENTE:** D'AGOSTINO MAURO

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

**Contratto ATI**  N° ODL: *2025/00102* *REMI*

**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).....  
*STRAGORDINARIA - ALLEGATO C*

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/00102/05

Data Inizio 24/02/2025

Ora Inizio 11:45

Tipo Straordinaria

Data Fine 24/02/2025

Ora Fine 12:00

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E015188

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

Costruttore SCHILLER AG

Modello FRED PA-1

Presidio DSB Pescara Nord

Reparto Pescara Nord - DSB

Stanza -

Matricola 127999013135

Inventario Ente 90003

GUASTO RISCONTRATO

anomalia

DESCRIZIONE INTERVENTO

si riconsegna apparecchio riparato

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

Crisante Sacha

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

cardi

Firma





**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:** 15/01/2025  
**Richiedente:** D'AGOSTINO Numero: .....  
**Presidio/Distretto:** AREA DISTRETTUALE PESCARA Telefono: 3457  
**Reparto:** CERS PESCARA NORD  
**Inventario N.PE/:** 66499 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service **E009985**  
**Apparecchiatura:** DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO (DAE)  
**Ditta Costruttrice:** SAVER ONE  
**Modello:** ..... **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante   
 Descrizione guasto/inconveniente .....  
 SOSTITUZIONE BATTERIA NON RICARICABILE  
 .....  
 .....

**FIRMA RICHIEDENTE:** D'AGOSTINO MAURO

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

Contratto ATI  N° ODL: **2025/00103**  
 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).....  
**STABORDINAMA**  
 .....

**ALLEGATO C**



## DOCUMENTO DI TRASPORTO

Numero 315 del 28/01/25

Pag. 1 di 1

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

<b>Ragione Sociale</b> Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO		Codice cliente/fornitore: 2618 MI	<b>Luogo di consegna</b> Siemens Healthcare S.r.l. C/o Laboratorio ATI via Paolini, 45 65124 PESCARA		Presidio ospedaliero Santo Spirito PE
<b>Trasporto a mezzo</b> VETTORE	<b>Causale del trasporto</b> VENDITA	<b>Inizio del trasporto</b> 28/01/25 11:09		<b>Vettore</b> Fedex Express Italy S.r.l.	
<b>Istruzioni di consegna</b>		<b>Porto</b> DAP - FRANCO	<b>C.I.G./ C.U.P.:</b> 7920276285		<b>Riferimenti destinatario</b> C.a. Alfonso Balsamo Tel: 0039 0854219875

Codice	Descrizione	Quantità	Saldo
310-1000	Vs ordine del 15/01/2025 n. 4532161973 <b>Batteria LiMinO2 Saver One D, 25.2V, 3500mAh, OEM</b> Consegna prevista durante le prime 2 settimane di Febbraio  PO 4532161973 Part number: SAV-C0904 SAV-C0903 Serial number: CS03BI0125232	NR 1	Si

RDL 2025/00103

<b>Aspetto esteriore dei beni</b> SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	<b>Numero colli</b> 1	<b>Peso</b> KG 0,5000	<b>Firma destinatario</b> 
<b>Firma mittente</b>	<b>Firma vettore</b>		

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

<b>DETTAGLI INTERVENTO</b>	
Codice 2025/00103/04 Data Inizio 30/01/2025      Ora Inizio 09:00	Tipo Straordinaria Data Fine 30/01/2025      Ora Fine 09:15

<b>DETTAGLI APPARECCHIATURA</b>	
Codice Apparecchio E009985 Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO Costruttore AMI ITALIA SRL Modello SAVER ONE	Presidio DSB Pescara Nord Reparto Pescara Nord - DSB Stanza DSB PESCARA NORD   TERRA   Autovettura ADI Matricola 02SO0112010      Inventario Ente 00680066499

<b>GUASTO RICONTRATO</b> Batteria/e esaurita/e
---------------------------------------------------

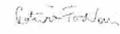
<b>DESCRIZIONE INTERVENTO</b> Consegna nuova batteria non ricaricabile.
Ore lavoro 00:15      Ore viaggio 00:00

<b>MATERIALI IMPIEGATI</b>			
Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
310-1000	batteria SAV-C0904 non ricaricabile	1	NO

<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> Cognome Nome Giulliani Federico	Firma 
------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------

<b>UTENTE PER PRESA VISIONE</b> Cognome Nome Patrizia Fasciani	Firma 
----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE**

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

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

**Data Richiesta:** 08/01/2025  
**Richiedente:** PESCARA ANTONELLA **Numero:** .....  
**Presidio/Distretto:** POPOLI **Telefono:** 8276  
**Reparto:** SALA OPERATORIA  
**Inventario N.PE/:** E014554 (Obbligatorio se presente)  
*Barrare se applicabile*  Comodato/Leasing/Service  
**Apparecchiatura:** N° 2 BRACCIALE P.A.  
**Ditta Costruttrice:** NIHON KOHDEN  
**Modello:** YP-713T RANGE 23CM-33CM **Matricola/Seriale:** .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

NON SI GONFIA

*ALEGATO e*

**FIRMA RICHIEDENTE:** PESCARA ANTONELLA

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

Contratto ATI



N° ODL:

2025/000 SA

LUNA V.

Garanzia:



Ditta:

GETINGE

Telefono: .....

Comodato/Leasing/  
Service:



Contatto:

Intervento  
previsto il: .....

Convenz. non di  
Proprietà:



Preventivo  
N°

Data  
Preventivo: .....

Non competenza ATI:



Inoltrato a:

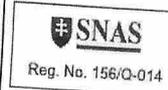
Data  
Inoltrato: .....

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**

4532164846 del 16/01/2025

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.
<b>C334</b>	<b>IT12268050155</b>	<b>04785851009</b>		<b>0020/2025</b>	21/01/2025	1 Di 1

Codice	Descrizione	U.M.	Quantità	S/P
S951D	Rif. Ns. Conferma Ordine 2025/0023/V del 16/01/2025, Vs. Ordine 4532164846 - Saldo Ordine Bracciale NIBP standard per adulti YP-713T, 13 cm circonferenza da 23 a 33 cm Lotto S/N: 240116M1	Pz	2,00	S

*RDC 2025/00054*  
*5 TRANSORDINARIA*

N. Colli	Peso	Causale del trasporto	Aspetto dei beni	Data del trasporto	Ora del trasporto
2		<b>Spedizione Ordini</b>	BUSTA	21/01/2025	
Trasporto a cura di		Incaricato del trasporto		Porto	
MITTENTE				PORTO FRANCO	
<b>Destinazione della merce</b>					
<b>SIEMENS HEALTHCARE SRL</b> 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 2025/00054/05

Data Inizio 22/01/2025

Ora Inizio 15:17

Tipo Straordinaria

Data Fine 22/01/2025

Ora Fine 15:47

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E014554

Descrizione MONITOR MULTIPARAMETRICO, MONITOR

Costruttore NIHON KOHDEN CORP

Modello LIFE SCOPE VS BSM 3763

Presidio PO Popoli

Reparto UOSD TERAPIA INTENSIVA POST OPERATORIA POPOLI-

Stanza VECCHIO PADIGLIONE | 2 | CORRIDOIO

Matricola 16164

Inventario Ente 1/105374

GUASTO RISCONTRATO

fornitura

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Si consegna al reparto bracciale come da richiesta

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice

Descrizione

Quantità

Rifatturabile

S951D

bracciale pressorio 23-33cm

2

NO

ESITO INTERVENTO

[RI] - Richiesta evasa

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

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

TECNICO

Cognome Nome

Seconi Andrea

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Cavallo Arianna

Firma





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

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

Data Richiesta: 9/01/25  
 Richiedente: FEDICOLI MATTEO Numero: 6279  
 Presidio/Distretto: PEME Telefono: 6279  
 Reparto: BLOCCO OPERATORIO  
 Inventario N.PE/: E013358 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE BAE  
 Ditta Costruttrice: ZOU  
 Modello: Matricola/Seriale: 40.22E4N0608

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo  Apparecchio parzialmente funzionante   
 Descrizione guasto/inconveniente: SOSTITUZIONE BATTERIA

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

FIRMA RICHIEDENTE: *[Firma]*

Contratto ATI  N° ODL: 2025/00059  
 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

ALLEGATO C



Codice Fornitore: \_\_\_\_\_ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **629** Del **29/01/2025** 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' SALDO  1101834	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4532158244 DEL 14/01/2025 Rif.offerta n.: 54B del 10/01/2025 BATT. Li-Ion 12V/4.2Ah ZOLL ORIG. - AED3 - (Ref. Orig. ZL-8000-000696)	AU24GAD2855	Pz 1,00		

Peso netto \_\_\_\_\_ Peso lordo \_\_\_\_\_ Annotazioni Generiche: \_\_\_\_\_ Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

CORRIERE: **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:**  
 Vettore **Franco C/Addebito**  
**03 TNT**  
 Via della Resistenza 53035 Monteriggioni Si  
 DATA/ORA RITIRO **29/01/2025 09:01**  
 Timbro e Firma Conducente: \_\_\_\_\_  
 Timbro e Firma Destinatario: \_\_\_\_\_

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

## RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

### DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/00059/04  
Data Inizio 31/01/2025 Ora Inizio 13:24

Tipo Straordinaria  
Data Fine 31/01/2025 Ora Fine 13:54

### DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E013358  
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO  
Costruttore ZOLL MEDICAL CORP  
Modello AED 3

Presidio PO Penne  
Reparto UOS BLOCCO OPERATORIO PENNE  
Stanza PALAZZO VECCHIO | 4 | SALA RISVEGLIO  
Matricola AX221130523 Inventario Ente

### GUASTO RISCONTRATO

Batteria/e esaurita/e

### DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento  
Eseguita sostituzione della batteria

Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00

### MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1101834	batteria 12V	1	SI

### 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  
Seconi Andrea

Firma



### UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome  
Bucci Domenico

Firma



Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/P07226-2025/P00167  
Ns. sigle 2025-10020938  
Data 10/02/2025

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: **2025-10020938 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/P07226-2025/P00167.**

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

- 2024/P07226 del 16/12/2024: Defibrillatore CU Medical SP1 c/o il Blocco Operatorio di Penne, inv. E013998, a seguito di manutenzione programmata abbiamo constatato la necessità di sostituzione della batteria.
- 2025/P00167 del 05/02/2025: Defibrillatore Physio Control Lifepak 20 c/o UOS Stroke Unit del PO di Pescara, inv. E000217, a seguito di manutenzione programmata abbiamo constatato la necessità di sostituzione della batteria.

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
2	Tutte	Installazione e controllo funzionale	240 €	0 €
1	2024/P07226	Batteria orig. SP1	335,00 €	335,00 €
1	2025/P00167	Batteria orig. Lifepak	425,00 €	425,00 €
		<b>PREZZO TOT</b>		<b>760,00 €+ IVA</b>

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

**SIEMENS**  
**Healthineers**

**Hospital Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management

## Dettaglio richiesta - 2024/P07226 Tipo - Preventiva

<b>Data</b> 16/12/2024 08:00	<b>Data guasto</b>	<b>Data ripristino</b> 07/02/2025 12:20
<b>Richiedente</b> Linda immacolata D'urbano	<b>Altro richiedente</b>	
<b>Tecnico assegnatario</b> Andrea Seconi	<b>Contratto</b> 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA	
<b>Guasto segnalato</b>		
<b>Note</b>		

## Anagrafica apparecchio

<b>Apparecchio</b> E013998	<b>CIVAB</b> B43CYV@1	<b>Inventario ente</b>
<b>Struttura</b> PO Penne	<b>Ubicazione</b> Via Battaglione Alpini, 1 Penne (PE)	
<b>Padiglione</b> PALAZZO VECCHIO	<b>Piano</b> 4	
<b>Reparto</b> UOS BLOCCO OPERATORIO PENNE	<b>Stanza</b> PRE - SALA	
<b>Costruttore</b> CU MEDICAL SYSTEMS INC	<b>Modello</b> I PAD CU SP1	<b>Matricola</b> G1U01A231
<b>Descrizione</b> DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO		
<b>Centro di costo</b>		

## Interventi

2024/P07226/03 07/02/2025 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	<b>Guasto riscontrato</b> <b>Descr. attività</b>	Si autorizza preventivo Omniacell n° 2490 del 07.02.2025 per la fornitura di batteria NON ricaricabile 12V 4.2Ah originale cod. originale CUSA1103BB, codice Omniacell 1101702, " in pronta consegna".
	<b>Note</b>	
2024/P07226/02 07/02/2025 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	<b>Guasto riscontrato</b> <b>Descr. attività</b>	Si richiede preventivo di spesa ad Omniacell per la fornitura di batteria 12V 4.2Ah cod. CUSA1103BB.
	<b>Note</b>	
2024/P07226/01 06/02/2025 PR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi	<b>Guasto riscontrato</b> <b>Descr. attività</b> <b>Note</b>	Nessuno - Attività programmata Effettuata attività programmata come da Protocollo Attualmente il reparto può svolgere a pieno l'attività con altri defibrillatori, si segnala al coordinatore la scadenza delle piastre scadute 11/2024.

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

**DETTAGLI INTERVENTO**

Codice 2024/P07226/05  
 Data Inizio 18/02/2025 Ora Inizio 11:35  
 Tipo Preventiva  
 Data Fine 18/02/2025 Ora Fine 12:05

**DETTAGLI APPARECCHIATURA**

Codice Apparecchio E013998 Presidio PO Penne  
 Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO Reparto UOS BLOCCO OPERATORIO PENNE  
 Costruttore CU MEDICAL SYSTEMS INC Stanza PALAZZO VECCHIO | 4 | PRE - SALA  
 Modello I PAD CU SP1 Matricola G1U01A231 Inventario Ente

**GUASTO RISCONTRATO**

Nessuno - Attività programmata

**DESCRIZIONE INTERVENTO**

Effettuata attività programmata come da Protocollo

Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00

**MATERIALI IMPIEGATI**

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1101702	batteria 12V 4.2Ah	1	SI

**PROTOCOLLO**

Codice DEF01 Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE

**ATTIVITA' SVOLTE** Rev.6 del 05/06/2017

Pulizia apparecchiatura	OK
Controllo integrità cavo/i paziente, elettrodo/i e relative connessioni	OK
Controllo integrità dell'involucro dell'apparecchiatura	OK
Controllo funzionamento comandi diretti di attivazione e regolazione	OK
Controllo integrità supporti	OK
Controllo accessori (se disponibili)	OK
Controllo funzionamento luci, indicatori, spie luminose, display e similari	OK
Controllo integrità e scadenza piastre per la defibrillazione	OK
Controllo fusibili	KO
Controllo funzionamento del caricabatterie o alimentatore	NA
Controllo funzionamento sistema di registrazione e prova di stampa	NA
Controllo batterie	NA
Controllo assenza di fuoriuscita di acido e ossido dalla batteria	OK
Autotest diagnostico/autocalibrazione dell'apparecchiatura	OK

Legenda: OK= attività eseguita con esito positivo KO = attività eseguita con esito negativo NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento

**NOTE**

Apparecchio completamente funzionante non chiudo la manutenzione per piastre scadute, il coordinatore deve provvedere alla sostituzione delle piastre in farmacia, appena sono disponibili si chiude la MP

**ESITO INTERVENTO**

[PR] - In Attesa di approfondimento

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

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

**TECNICO**

Cognome Nome Firma  
 Seconi Andrea 

**UTENTE PER PRESA VISIONE**

Cognome Nome Firma  
 Matteo Pedicone 

# Richiesta d'Intervento

AUSL Pescara - Servizio di Ingegneria Clinica

## Dettaglio richiesta - 2025/P00167 Tipo - Preventiva

<b>Data</b> 05/02/2025 08:00	<b>Data guasto</b>	<b>Data ripristino</b> 07/02/2025 08:30
<b>Richiedente</b> Chiara Vettori	<b>Altro richiedente</b>	
<b>Tecnico assegnatario</b> Marino Sborgia	<b>Contratto</b> 0834 - SIC - HC HOSPITAL CONSULTING SPA	
<b>Guasto segnalato</b>		
<b>Note</b>		

## Anagrafica apparecchio

<b>Apparecchio</b> E000217	<b>CIVAB</b> 026PHY11	<b>Inventario ente</b> 650069173
<b>Struttura</b> PO Pescara	<b>Ubicazione</b> Via Fonte Romana, 8 Pescara	
<b>Padiglione</b> PE SUD	<b>Piano</b> 7	
<b>Reparto</b> UOC NEUROLOGIA D'URGENZA STROKE UNIT	<b>Stanza</b> CORRIDOIO	
<b>Costruttore</b> PHYSIO CONTROL INC	<b>Modello</b> LIFEPAK 20	<b>Matricola</b> 40975220
<b>Descrizione</b> DEFIBRILLATORE MONITOR		
<b>Centro di costo</b>		

## Interventi

<p>2025/P00167/03 07/02/2025 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi</p>	<p><b>Guasto riscontrato</b></p> <p><b>Descr. attività</b> Si autorizza preventivo Omniacell n°2438 del 06.02.2025 per la fornitura di BATT. Li-Ion 10.8V 6Ah MEDTRONIC ORIG. - LIFEPAK 20E - (Ref. Orig. MEDT-3205296-002, MEDT-11141-000112), cod. 1101188, " disponibile in pronta consegna".</p> <p><b>Note</b></p>
<p>2025/P00167/02 06/02/2025 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi</p>	<p><b>Guasto riscontrato</b></p> <p><b>Descr. attività</b> Si richiede preventivo ad Omniacell per 01 batteria ricaricabile Li-ION 10.8V 6 Ah cod. BTLP20E-00</p> <p><b>Note</b></p>
<p>2025/P00167/01 06/02/2025 NR - Richiesta intervento esterno / Fornitura ricambi</p>	<p><b>Guasto riscontrato</b> Nessuno - Attività programmata</p> <p><b>Descr. attività</b> Attività programmata non eseguita</p> <p><b>Note</b></p>

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2025/P00167/05

Data Inizio 14/02/2025

Ora Inizio 12:00

Tipo Preventiva

Data Fine 14/02/2025

Ora Fine 12:30

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E000217

Descrizione DEFIBRILLATORE MONITOR

Costruttore PHYSIO CONTROL INC

Modello LIFEPAK 20

Presidio PO Pescara

Reparto UOC NEUROLOGIA D'URGENZA STROKE UNIT

Stanza PE SUD | 7 | CORRIDOIO

Matricola 40975220

Inventario Ente 650069173

GUASTO RISCONTRATO

Nessuno - Attività programmata

DESCRIZIONE INTERVENTO

Effettuata attività programmata come da Protocollo

Ore lavoro 00:30

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
11141-000112	batteria	1	NO

PROTOCOLLO

Codice 02601

Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE MONITOR

Rev.4 del 08/10/2012

ATTIVITA' SVOLTE

Pulizia apparecchiatura	
Controllo integrità cavo/i paziente, elettrodo/i e relative connessioni	OK
Controllo integrità dell'involucro dell'apparecchiatura	OK
Controllo funzionamento comandi diretti di attivazione e regolazione	OK
Controllo integrità supporti	OK
Controllo accessori (se disponibili)	OK
Controllo funzionamento luci, indicatori, spie luminose, display e similari	OK
Controllo integrità e scadenza piastre per la defibrillazione	OK
Controllo fusibili	OK
Controllo funzionamento del caricatterie o alimentatore	NV
Controllo funzionamento sistema di registrazione e prova di stampa	OK
Controllo batterie	OK
Controllo assenza di fuoriuscita di acido e ossido dalla batteria	OK
Autotest diagnostico/autocalibrazione dell'apparecchiatura	OK
Legenda: OK= attività eseguita con esito positivo KO = attività eseguita con esito negativo NA = attività non pertinente / non applicabile sull'apparecchio NV = attività non verificabile sull'apparecchio oggetto dell'intervento	OK

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

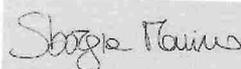
Si dichiara che il lavoro sopradescritto è stato eseguito a regola d'arte e con idonea strumentazione.

TECNICO

Cognome Nome

Sborgia Marino

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Iorenzo Iizza

Firma



Vs. riferimento  
Ns. riferimento 2024/03099  
Ns. sigle 2025-20011028  
Data 20/01/2025

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: **2025-20011028 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richiesta del reparto 2024/03099.**

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

- 2024/03099 del 11/12/2024: Laser Chirurgico a Diodi Deka ME.LA, mod. SMARTXIDE, inv. E001256 c/o UOC Ostetricia e Ginecologia del PO di Pescara, richiesta reparto: "Non tiene la potenza", siamo intervenuti e ci siamo adoperati immediatamente contattando la ditta Deka ME.LA che ci comunica la necessità di sostituzione di diverse parti di ricambio (della quale si farà carico la nostra ATI) tra cui la sorgente CO2 e il kit refurbishing dye (si allegano le comunicazioni Deka).

Pertanto, secondo quanto riportato nella nostra comunicazione Prot. W1910354 al punto 1 lettere a) Sorgenti a decadimento temporale e j) Refrigerante dielettrico per laser chirurgico a CO2, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta, applicando un ricarico del prezzo del 10%:

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo Totale
2	2024/03099	Installazione e controllo funzionale	160 €	0 €
1	2024/03099	Sorgente CO2 30WS	1.500,00 €	1.500,00 €
1		Kit refurbishing dye	2.800,00 €	2.800,00 €
<b>PREZZO TOT</b>			<b>4.300,00 €+ IVA</b>	

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

**SIEMENS**  
Healthineers

**Hospital Consulting**  
SANITA' E AMBIENTE

**MARIFARMA FM**  
Health Facility Management



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

**RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE**

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

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

Data Richiesta: 11.12.2011 ..... Numero: .....  
 Richiedente: W. MENA SACRIPANO ..... Telefono: 2735 .....  
 Presidio/Distretto: Pescara .....  
 Reparto: B.O. ....  
 Inventario N.PE/: E004260 (Obbligatorio se presente)  
 Barrare se applicabile  Comodato/Leasing/Service  
 Apparecchiatura: LASER CONR. PED .....  
 Ditta Costruttrice: DERROBEAN 2000 .....  
 Modello: ..... Matricola/Seriale: E004160 .....

**SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE**

Apparecchio completamente fermo       Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente .....  
 non tiene la .....  
 potenza .....

FIRMA RICHIEDENTE: *W. Mena Sacripano*

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

Contratto ATI  N° ODL: 2024/03099 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) .....  
 - STRAORDINARIA .....

- ALLEGATO C

# DEKA

Innate Ability

DEKA M.E.L.A. S.r.l.  
 Via Balderizese 17 - 50041 Ca enzano (FI) Italy  
 Tel ++39-055-867492 Fax ++39-055-8632884  
 http://www.dekalaser.com - email: info@dekalaser.com  
 Cod. Fisc. - Reg. Imp. 04190470486 Mecc F1025366  
 P.IVA - EQRI - IT04190470486 REAF I425321  
 Capitale Sociale € 40.560.000 sottoscritto e versato  
 R.A.E.E. IT000200000002393

LOGIC S.R.L.  
 VIA ANTONIO PIGAFETTA 1  
 34147 TRIESTE  
 ITALIA

LOGIC C/O SIEMENS HEALTHCARE  
 VIA PAOLINI, 45 LABORATORIO ATI  
 65124 Pescara  
 ITALIA  
 Tel.: 085

<b>DOCUMENTO DI TRASPORTO</b>		FOGLIO N. 1	
DOCUMENTO 370	DATA DOC. 24/01/2025	COD. CLIENTE 15042	PARTELLA VAO CODICE FISCALE 00977930327
MEDL MEDICALASER S.R.L.S.	NOME AGENTE		DESCRIZIONE PAGAMENTO Bon.Banc. (*pagamento anticipato)
RIFERIMENTO ORDINE	BANCA D'APPOGGIO		COD. MAGAZZINO
CODICE ARTICOLO	RF VS ORDINE N° 14 DEL 22/01/2025	DESCRIZIONE	MAG MG
			0 0
		VALUTA EURO	
		U.M.	QUANTITA'
			NOTE
			VR

F25701 N° 1

VS. Rif. 34ORD  
 del 22/01/2025 Ns. Rif. 500  
 KIT REFURBISHING DYE  
 Our Ref. 100804/RAD-2025-874 - M066B1  
 SN: DYERBA231LAT  
 Vs. Rif. 34ORD  
 del 22/01/2025 Ns. Rif. 500

MATERIALE CONSUMABILE

*[Handwritten signature]*

TRASPORTO A CURA DEL MEZZO NOSTRO	TRACKING NUMBER	ASPETTO ESTERIORE DEI BENI	CAUSALE DEL TRASPORTO
N. COLLI	A VISTA	DATA INIZIO TRASP. O CONS. ORA INIZIO TRASP. O CONS.	VENDITE ITALIA
NETTO Kg	FRANCO	00/00/0000	FIRMA DEL CONDUCENTE AUSL PESCARA
PORTO			FIRMA DEL DESTINATARIO (C. CARACCIANO) <i>[Handwritten signature]</i>
ANNOTAZIONI E VARIAZIONI			
VENDITA			
DITTA, RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N.)		DATA E ORA DEL RITIRO	
DITTA, RESIDENZA O DOMICILIO (COMUNE, VIA, N.)		DATA E ORA DEL RITIRO	
		FIRMA DEL VETTORE	
		FIRMA DEL VETTORE	