

Vs. riferimento
Ns. riferimento 2024/02762-02740-02701
Ns. sigle 2024-07111511
Data 07/11/2024

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

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

OGGETTO: **2024-07111511 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/02762-02740-02701.**

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

- 2024/02762 del 28/08/2024: Produzione Acqua Ultra Pura, Apparecchio Per Culligan Aqua Cleer c/o la Dialisi del PO di Penne, inv. E007087, richiesta reparto: "Si segnala allarme conducibilità osmosina singola n2 ubicata nella sala Covid della Dialisi del PO di Penne". A seguito dell'intervento della ditta Aquatec si è resa necessaria la sostituzione della membrana osmotica TW30-1812-50HR; trattasi di materiale di consumo che necessita di sostituzione ogni 2 anni.
- 2024/02740 del 05/11/2024: Gruppo di Continuità per Apparecchiatura da Laboratorio Riello c/o UOSD Laboratorio Genetica Molecolare Oncoematologica del PO di Pescara, inv. E004916, richiesta reparto: "segnale di allarme durante la ricarica", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione dello stesso in quanto non più funzionante. In via provvisoria abbiamo consegnato un muletto al reparto al fine di non bloccare le attività.
- 2024/02701 del 30/10/2024: Tavolo Operatorio OPT Vanto c/o il Blocco Operatorio del PO di Pescara, inv. E003400, richiesta reparto: "non carica", siamo intervenuti riscontrando quanto comunicato dal reparto.

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

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo Totale
3	Tutte	Installazione e controllo funzionale	360 €	0 €
1	2024/02762	Membrana osmotica	1.650,00 €	1.650,00 €
1	2024/02740	Gruppo di continuità Riello	250,00 €	250,00 €
1	2024/02701	Cavo alimentazione Vanto	600,00 €	600,00 €
PREZZO TOT			2.500,00 €+ 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

Di Luzio, Gianni

Da: Danilo Pietro D'Ettorre <danilopietro.dettorre@asl.pe.it>
Inviato: mercoledì 28 agosto 2024 10:33
A: Di Luzio, Gianni
Oggetto: allarme osmosina Dialisi PO Penne

Non si ricevono spesso messaggi di posta elettronica da danilopietro.dettorre@asl.pe.it. [Informazioni sul perché è importante](#)

Si segnala allarme conducibilità osmosina singola n2 ubicata nella sala Covid della Dialisi del PO di Penne

Cordialmente
Dott Danilo D'Ettorre
Servizio Emodialisi
PO Penne

STRAORDINARIO

2024/02752

AQUATEC

AQUATEC S.r.l.

Corso Gabriele Manthonè, 52/54 - 65127 PESCARA

Tel. 085 8420663 - Fax 085 2013998

e-mail: aquatec.srl@hotmail.com

P.IVA/COD. FISCALE 02072830686

ORDINE DI VISITA N. 826

del 30/10/2024 richiesto a 1/2

INT. REC. DAWNE SIEMENS

Cliente OSP. CSS VIA S. BENEDETTO

REPARTO DIALISI

Città RENNE

Tel. _____

IMPIANTI	Vendita	GARANZIA			
		decorrenza	manodopera	materiale elettrico	materiale idraulico
<u>OSP. CSS S.B.S.</u>					

Lavori da eseguire - ALLA LINEA ALTA CONDUZIONE ACQUA

Relazione lavori eseguiti _____

- SOSTITUZIONE MEMBRANA OSMOTICA SU

MONTAGNO SINGOLO S.A.S. CULLIGAN

- SANIFICAZIONE TECNICA

- PESSA IN S.M.H.

Modalità di pagamento _____

Materiale fornito

Quant.	Codice	Catalogo	Descrizione
<u>1</u>			<u>MEMBRANA OSMOTICA S.B.S.</u>

Materiale fornito

Quant.	Codice	Catalogo	Descrizione

Km. percorsi _____

ore di viaggio _____

inizio lavoro _____

Fine lavoro _____

Totale 2

Firma del Tecnico [Signature]

AQUATEC S.p.A. PESCARA - P. RENNE

U.O. DI NEFROLOGIA E DIALISI

Firma del cliente _____

TARIFFE	
ore lavorative diurne	€ _____
ore lavorative notturne	» _____
ore di viaggio	» _____
spese di viaggio	» _____
Fuori Provincia di Bologna	» _____
per km. - minimo € _____	

Mod. 68160 - 20 bl. 30x3





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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 5/11/24 Numero:
 Richiedente: DI TEO ALBERTO Telefono: 2642
 Presidio/Distretto: PESCARA
 Reparto: ^{Bionedica} GENETICA ONCOLOGICA
 Inventario N°PEI: E004916 (Obbligatorio se presente)
 Barre se applicabile Comodato/Leasing/Service
 Apparecchiatura: GRUPPO DI CONTINUITA'
 Ditta Costruttrice:
 Modello: Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante
 Descrizione guasto/inconveniente: *la presenza di rumore durante*
la presenza

FIRMA RICHIEDENTE: *Alberto Di Teo*

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/02740 MARINO
 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)

S. TROVATI - ALLEGATO C

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02740/06 **Tipo** Straordinaria
Data Inizio 11/11/2024 **Ora Inizio** 12:30 **Data Fine** 11/11/2024 **Ora Fine** 12:45

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E004916 **Presidio** PO Pescara
Descrizione GRUPPO DI CONTINUITÀ PER APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE **Reparto** UOSD LABORATORIO GENETICA MOLECOLARE ONCOEMATOLOGICA
Costruttore INOVATEC RIELLO UPS MANUFACTURING SRL **Stanza** PALAZZINA C | 1 | SALA MICROSCOPI 1
Modello IDIALOG IDG 800 **Matricola** AC03VNV1002833 **Inventario Ente** NE

GUASTO RISCONTRATO

Anomalia nel sistema Elettrico/Elettronico

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Sostituzione UPS. Ritiro del muletto M000062.

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	Firma
Arena Luca	

UTENTE PER PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Firma
Romagno	

06-1A0-6S-AC0-7= 0 0v 0 0 v 0A 00A 10A 0A 0A 10A 00C

SERVIZIO GESTIONE APPARECCHIATURE ELETTRONICHE

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONICA

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: 30-10-2024
 Richiedente: Blocco operatorio
 Presidio/Distretto: Pescara
 Reparto: Sala 1
 Inventario N.PE/: E003400 (Obbligatorio se presente) INV. 72925
 Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
 Apparecchiatura: cavo letto OPT
 Ditta Costruttrice: OPT
 Modello: _____ Matricola/Seriale: _____

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/Inconveniente
NON CARICA

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

FIRMA RICHIEDENTE: *[Signature]*

Contratto ATI N° ODL: 2024/02702 LUCA A.
 Garanzia: Ditta: _____ Telefono: _____
 Comodato/Leasing/Service: Contatto: _____ Intervento previsto il: _____
 Convenz. non di Proprietà: Preventivo N° _____ Data Preventivo: _____
 Non competenza ATI: Inoltrato a: _____ Data Inoltrato: _____

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI)
STANDARDINARIA

ALLEGATO C

MIAMED

MONOUSO / IMPIANTABILI / ATTREZZATURE MEDICALI

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.Iva 02111490682

Doc. di trasporto nr. **141/2024** del **04/12/2024**

Destinatario

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

C.F. 04785851009 P.Iva 12268050155

Destinazione

SIEMENS HEALTHCARE S.R.L. c/o P.O. Pescara
Laboratorio ATI
Via Paolini, 45
65124 Pescara (PE)

Codice	Descrizione	Quantità
	Rif. Conferma d'ordine 145/24 del 05/11/2024: Cavo alimentazione Vanto	
	RDL 2024/02701	1 pz
	(Rif. Ordine d'acquisto n. 4532014850 del 05/11/2024 CIG 7920276285)	

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

P.O. Pescara - Blocco Operatorio

Stampa: SIEMENS - H.C. HOSPITAL CONSULTING MANAGED SERVICE
Via Paolini 45 - 65124 PESCARA
Tel. 085 8622207 - Fax 085 8622193

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02701/05

Data Inizio 09/12/2024

Ora Inizio 15:00

Tipo Straordinaria

Data Fine 09/12/2024

Ora Fine 15:15

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E003400

Descrizione TAVOLO OPERATORIO A PIANI CARRELLATI, BASAMENTO

Costruttore OPT OFFICINA DI PROTESI TRENTO SPA

Modello VANTO M

Presidio PO Pescara

Reparto UOSD GESTIONE ANESTESIOLOGICA DEL BLOCCO OPERATORIO

Stanza PE | TERRA | SALA 2

Matricola 444

Inventario Ente 650072915

GUASTO RICONTRATO

Anomalia nel sistema Elettrico/Elettronico

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Consegnato nuovo cavo di alimentazione.

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
8802056	cavo 230v	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

Arena Luca

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Cascino Gianluca

Firma



Vs. riferimento
Ns. riferimento
Ns. sigle 2024-13111210
Data 13/11/2024

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

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

OGGETTO: 2024-13111210 Consuntivo per fornitura e sostituzione materiale di consumo dei sistemi di Bi-Osmosi in dotazione alla Dialisi 1, Dialisi 2 e alla UTIE del PO di Pescara, Dialisi del Po di Popoli e PO di Penne per il periodo 01/07/2024 – 31/12/2024.

Con riferimento a quanto in oggetto, a seguito delle attività manutentive eseguite sui seguenti sistemi di Bi-Osmosi nel periodo contrattuale 01/07/2024 – 31/12/2024:

ID Sistema	Costruttore	Modello	Seriale	Presidio
E007377	CULLIGAN	AQUA-CLEER RO2 MD BIO 2E	P2/14	PESCARA DIALISI
E006488	GAMBRO AB	CWP 100 WRO ROHH 131ROHH	2889	POPOLI DIALISI
E010518	GAMBRO AB	CWP 100 WRO ROHH 131ROHH	3608	PENNE DIALISI
E007376	CULLIGAN	AQUA CLEER MFP 4 - 44 400	22249/17	PESCARA UTIE
E007378	B BRAUN	AQUABOSS ECO RO DIA I / II C HT	96411	PESCARA DIALISI 2

Secondo quanto previsto dal capitolato tecnico all'art. 3.8 e 3.14.4 e secondo quanto definito all'art. 15 del Verbale N.4 Congiunto del servizio del 29/07/2019, ci preghiamo sottoporVi la nostra migliore offerta per la fornitura del materiale di consumo, necessario al normale funzionamento degli impianti di Osmosi elencati in tabella (Sale in pastiglie e Ipoclorito al 15%);

Quantità	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo
1.200 Kg	Sale in pastiglie Impianto Osmosi Dialisi 1 Pescara	0,78 €/Kg	936,00 €
1.200 Kg	Sale in pastiglie Impianto Osmosi Dialisi 2 Pescara	0,78 €/Kg	936,00 €
1.200 Kg	Sale in pastiglie Impianto Osmosi Dialisi Penne	0,78 €/Kg	936,00 €
1.200 Kg	Sale in pastiglie Impianto Osmosi Dialisi Popoli	0,78 €/Kg	936,00 €
1.200 Kg	Sale in pastiglie Impianto Osmosi UTIE Pescara	0,78 €/Kg	936,00 €
250 Lt	Ipoclorito al 15% per N.5 Impianti Osmosi	1,65 €Lt	412,50 €
	TOTALE		5.092,50 €

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

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

pagina 1 di 1

SIEMENS
Healthineers

Hospital Consulting
SANITA' E AMBIENTE

MARIFARMA FM
Health Facility Management

Sarnicola, GIOVANNI (ext)

Da: Sarnicola, GIOVANNI (ext)
Inviato: martedì 18 febbraio 2025 13:01
A: Dario Rinaldi; Mariassunta Rastelli
Cc: Vincenzo Lo Mele; Di Luzio, Gianni
Oggetto: R: 2024-13111210 Consuntivo per fornitura e sostituzione materiale di consumo dei sistemi di Bi-Osmosi periodo 01/07/2024-31/12/2024

Buongiorno,

vi comunico che a breve vi consegneremo la stampa cartacea dei ddt di consegna del materiale di consumo come da oggetto.

Saluti

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



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

Da: Sarnicola, GIOVANNI (ext)
Inviato: mercoledì 13 novembre 2024 12:16
A: 'Dario Rinaldi' <dario.rinaldi@asl.pe.it>
Cc: 'Vincenzo Lo Mele' <vincenzo.lomele@asl.pe.it>; Di Luzio, Gianni <gianni.diluzio@siemens-healthineers.com>
Oggetto: 2024-13111210 Consuntivo per fornitura e sostituzione materiale di consumo dei sistemi di Bi-Osmosi periodo 01/07/2024-31/12/2024

Buongiorno Ing,

si trasmette quanto in oggetto.

Saluti

Ing. Giovanni Sarnicola
Siemens Healthcare S.r.l.
Servizio Gestione Manutenzione Apparecchiature Medicali
c/o AUSL Pescara – Ospedale Santo Spirito
Via Paolini 45, 65124 Pescara

Tel: 085-4219875
Interno: 2963
Fax: 085-4252964
Mobile: +39 3476251649
<mailto:giovanni.sarnicola.ext@siemens-healthineers.com>



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

Vs. riferimento
Ns. riferimento 2024/P06454-02801
Ns. sigle 2024-27111055
Data 30/11/2024

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

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

OGGETTO: **2024-27111055 bis Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/P06454-02801.**

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

- 2024/P06454 del 18/11/2024: Defibrillatore Cardiac AED G5 c/o DSB Pianella, inv. E012098, a seguito di manutenzione preventiva si è resa necessaria la sostituzione della batteria in quanto scarica.
- 2024/02801 del 08/11/2024: Registratore Holter ECG Microport Spiderview c/o UOC Cardiologia del PO di Pescara, inv. E013303, richiesta del reparto: "approvvigionamento n. 5 schede".

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/P06454	Batteria orig. AED G5	595,00 €	595,00 €
5	2024/02801	Scheda di memoria flash spider	330,00 €	1650,00 €
PREZZO TOT			2.245,00 €+ IVA	

Distinti saluti
La Direzione Tecnica

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

pagina 1 di 1



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE

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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

Data Richiesta: 08/11/2024
Richiedente: Amicone Alessia **Numero:**
Presidio/Distretto: ASL PE **Telefono:** 2814
Reparto: CARDIOLOGIA ambulatorio holter
Inventario N.PE/: E013307 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: HOLTER ECG
Ditta Costruttrice: MICROPORT
Modello: SCHEDE HOLTER SPIDerview **Matricola/Seriale:** LA459B

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente 5
APPROVVIGIONAMENTO (N. SCHEDE)

FIRMA RICHIEDENTE: AMICONE ALESSIA

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/02801
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) ST. ALD. OR. DI. NAMA

ALLEGATO C

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02801/05
Data Inizio 09/12/2024 Ora Inizio 10:30

Tipo Straordinaria
Data Fine 09/12/2024 Ora Fine 10:45

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E013303
Descrizione REGISTRATORE HOLTER ECG
Costruttore MICROPORT CRM SRL
Modello SPIDerview

Presidio PO Pescara
Reperto UOC CARDIOLOGIA
Stanza PE EST | 1 | 4 HOLTER ECG
Matricola SJ2209129A Inventario Ente 101106

GUASTO RISCONTRATO

Richiesta schede SD

DESCRIZIONE INTERVENTO

Consegna di n.4 schede SD.

Ore lavoro 00:15 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
LA464	Scheda SD per Microsoft SpiderView	4	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
Giuliani Federico

Firma

Federico Giuliani

UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

[Firma illeggibile]

Vs. riferimento
Ns. riferimento 2024/02732-P06619-P06626
Ns. sigle 2024-22111445
Data 22/11/2024

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

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

OGGETTO: **2024-22111445 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/02732-P06619-P06626.**

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

- 2024/02732 del 04/11/2024: Solleva malati Arjo c/o la Medicina Fisica e Riabilitativa del PO di Popoli, inv. E006918, richiesta reparto: "rottura accidentale del caricabatterie e smarrimento altra batteria"; siamo intervenuti riscontrando quanto comunicato dal reparto.
- 2024/P06619 del 20/11/2024: Defibrillatore Zoll AED Pro c/o UOC Servizio Trasfusionale del PO di Popoli, inv. E005763, a seguito di manutenzione preventiva si è resa necessaria la sostituzione della batteria in quanto scarica.
- 2024/P06626 del 21/11/2024: Defibrillatore Zoll AED Pro c/o UOC Servizio Trasfusionale del PO di Popoli, inv. E005775, a seguito di manutenzione preventiva si è resa necessaria la sostituzione della batteria in quanto scarica.

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

Quantità	Richiesta	Descrizione	Prezzo Unitario	Prezzo Totale
3	Tutte	Installazione e controllo funzionale	360 €	0 €
1	2024/02732	Batteria Pb Arjo	600,00 €	600,00 €
1		Caricabatteria Arjo	400,00 €	400,00 €
1	2024/P06619	Batteria orig AED Pro	395,00 €	395,00 €
1	2024/P06626	Batteria orig AED Pro	395,00 €	395,00 €
		PREZZO TOT	1.790,00 €+ IVA	

Distinti saluti
La Direzione Tecnica

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

pagina 1 di 1



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

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONOMICHE

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: 04/11/2024
Richiedente: MARA DI MARCO
Presidio/Distretto: P.O. POPOLI
Reparto: MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
Inventario N.PE/: E006918 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: SOLLEVATORE
Ditta Costruttrice: ARJO
Modello: KMBXXXXXXXXX **Matricola/Seriale:** 58645

Numero:
Telefono: 0859898442

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente ROTTURA ACCIDENTALE DEL CARICABATTERIE E SMARRIMENTO ALTRA BATTERIA

STRORDINARIA

FIRMA RICHIEDENTE: MARA DI MARCO

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/02732 LUCA V.
Garanzia: Ditta: **Telefono:**
Comodato/Leasing/Service: Contatto: **Intervento previsto il:**
Convenz. non di Proprietà: Preventivo N° **Data Preventivo:**
Non competenza ATI: Inoltrato a: **Data Inoltrato:**

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI).....
STRORDINARIA

ALLEGATO C



DOCUMENTO DI TRASPORTO

Numero 4783 del 26/11/24
(D.d.T) D.P.R 472 del 14 agosto 1996

Ragione Sociale Siemens Healthcare S.r.l. Via Vipiteno, 4 20128 MILANO		Codice cliente/fornitore: 2618 MI	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 26/11/24 12:21	Vettore Fedex 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
310-0052	Vs ordine del 11/11/2024 n. 4532028472 Batteria Pb Arjo, 24V, 5000mAh, OEM Originale Consegna ca 5/7 gg dalla ricezione dell'ordine Part number: KPA0100 NR 1 lotto n. KPA0100-3	NR 1	Si
530-7698 NW	Serial number: A0050240569721 Carica batterie per Arjo Huntleigh / Nuovo Compatibile Consegna ca 15 gg dalla ricezione dell'ordine Vostro ordine n. 4532028472 Part number: - NR 1 lotto n. 4474 403178	NR 1	Si

RDL 2024/02732
" STAS ORDINATA "

Aspetto esteriore dei beni SCATOLA - RICAMBI MEDICALI	Numero colli 1	Peso KG 6
Firma mittente	Firma vettore	Firma destinatario

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/02732/05

Data Inizio 02/12/2024

Ora Inizio 12:18

Tipo Straordinaria

Data Fine 02/12/2024

Ora Fine 12:33

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E006918

Descrizione SOLLEVAMENTO MALATI, APPARECCHIO PER

Costruttore ARJO HOSPITAL EQUIPMENT AB

Modello MAXI MOVE EL

Presidio PO Popoli

Reparto UOC MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Stanza VECCHIO PADIGLIONE | TERRA | Terapia occupazionale

Matricola SEE0815353

Inventario Ente 00670058645

GUASTO RICONTRATO

smarrimento batteria e danno accidentale carica batteria

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento

Effettuata attività programmata come da Protocollo

Si consegna apparecchio alimentatore nuovo, con batteria nuova, eseguite prova di funzionamento con esito positivo

Ore lavoro 00:15

Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
530-7698	alimentatore batteria	1	NO
310-0052	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

Secconi Andrea

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Febronia Piracchio

Firma



Dettaglio richiesta - 2024/P06619 Tipo - Preventiva

Data 02/12/2024 08:00
Richiedente Arianna Santoro
Tecnico assegnatario Andrea Seconi
Guasto segnalato
Note

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

Data ripristino 20/11/2024 17:26

Anagrafica apparecchio

Apparecchio E005763
Struttura PO Popoli
Padiglione NUOVO PADIGLIONE
Reparto UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE
Costruttore ZOLL MEDICAL CORP
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO
Centro di costo

CIVAB B43ZOLAE
Ubicazione Via Saffi, 118 Popoli (PE)
Piano 2
Stanza DONATORI
Modello AED PRO

Inventario ente 670083895
Matricola AA16E039423

Interventi

2024/P06619/03
20/11/2024
NR - Richiesta intervento esterno /
Fornitura ricambi

Guasto riscontrato
Descr. attività Si autorizza preventivo di spesa Omnicell 17919 del 20.11.2024 per la fornitura di Batteria NON ricaricabile Zoll aed pro 12v 4,2Ah limno2, cod. 1101502.
Note

2024/P06619/02
20/11/2024
NR - Richiesta intervento esterno /
Fornitura ricambi

Guasto riscontrato
Descr. attività Si richiede preventivo di spesa ad Omnicell per la fornitura di Batteria NON ricaricabile Zoll aed pro 12v 4,2Ah limno2, cod. 1008-002003-01, cod. 1101502
Note

2024/P06619/01
20/11/2024
PR - Richiesta intervento esterno /
Fornitura ricambi

Guasto riscontrato Nessuno - Attività programmata
Descr. attività Effettuata attività programmata come da Protocollo
Note

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/P06619/05

Data Inizio 02/12/2024

Ora Inizio 11:28

Tipo Preventiva

Data Fine 02/12/2024

Ora Fine 11:58

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005763

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore ZOLL MEDICAL CORP

Modello AED PRO

Presidio PO Popoli

Reparto UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE

Stanza NUOVO PADIGLIONE | 2 | DONATORI

Matricola AA16E039423

Inventario Ente 670083895

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
1101502	batteria 12V	1	SI

PROTOCOLLO

Codice DEF01

Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE

Rev.6 del 05/06/2017

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 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	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

Seconi Andrea

Firma



UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Coordinatrice Lorenza Di Prata

Firma



Dettaglio richiesta - 2024/P06626 Tipo - Preventiva

Data 02/12/2024 08:00
Richiedente Arianna Santoro
Tecnico assegnatario Andrea Seconi
Guasto segnalato
Note

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

Data ripristino 21/11/2024 14:16

Anagrafica apparecchio

Apparecchio E005775
Struttura PO Popoli
Padiglione NUOVO PADIGLIONE
Reparto UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE
Costruttore ZOLL MEDICAL CORP
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO
Centro di costo

CIVAB B43ZOLAE
Ubicazione Via Saffi, 118 Popoli (PE)
Piano 2
Stanza SALA DEGENZA EMATOLOGIA DH
Modello AED PRO

Inventario ente 670083896
Matricola AA16E039457

Interventi

2024/P06626/01
21/11/2024
PR - Richiesta intervento esterno /
Fornitura ricambi

Guasto riscontrato Nessuno - Attività programmata
Descr. attività Effettuata attività programmata come da Protocollo
Note

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO DI MANUTENZIONE

DETTAGLI INTERVENTO

Codice 2024/P06626/03

Data Inizio 02/12/2024

Ora Inizio 11:34

Tipo Preventiva

Data Fine 02/12/2024

Ora Fine 12:04

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E005775

Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO

Costruttore ZOLL MEDICAL CORP

Modello AED PRO

Presidio PO Popoli

Reparto UOC SERVIZIO TRASFUSIONALE

Stanza NUOVO PADIGLIONE | 2 | SALA DEGENZA EMATOLOGIA DH

Matricola AA16E039457

Inventario Ente 670083896

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
1101502	batteria 12V	1	SI

PROTOCOLLO

Codice DEF01

Manutenzione preventiva su DEFIBRILLATORE

Rev.6 del 05/06/2017

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 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	OK

ESITO INTERVENTO

[R] - 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

Seconi Andrea

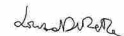


UTENTE PER PRESA VISIONE

Cognome Nome

Firma

Coordinatrice Lorenza Di Prata



Vs. riferimento
Ns. riferimento 2024/03069-03051
Ns. sigle 2024-10121258
Data 10/12/2024

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

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

OGGETTO: **2024-10121258 Consuntivo materiale di consumo (Allegato C) come da richieste del reparto 2024/03069-03051**

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

U

- 2024/03069 del 09/12/2024: Defibrillatore CU Medical Paramedic c/o DSB Città Sant'Angelo, inv. E007905, richiesta del reparto: " segnalazione continua di batteria scarica", siamo intervenuti riscontrando la necessità di sostituzione della stessa.
- 2024/03051 del 05/12/2024: Fluorangiografo Heidelberg Spectralis Hra Oct c/o DSB Pescara Nord, inv. E007563, richiesta del reparto: " rottura pulsante joystick", siamo intervenuti riscontrando quanto comunicato dal reparto (report fotografico inviato in data 06/12/2024).

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	2024/03069	Batteria orig. CU Medical	330,00 €	330,00 €
1	2024/03051	Sostituzione Joystick	950,00 €	950,00 €
		PREZZO TOT	1.280,00 €+ 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

SIEMENS
Healthineers

Hospital Consulting
SANITA' E AMBIENTE

MARIFARMA FM
Health Facility Management



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

RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA 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: 09 DIC, 2024

Richiedente: CERS. D.S.B. CITTA' S. ANGELO Numero: _____

Presidio/Distretto: PIANO TERRA POLIARTICOLAZIONI Telefono: 3306

Reparto: _____

Inventario N.PE/: 53001 (Obbligatorio se presente)

Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service

Apparecchiatura: DEFIBRILLATORE SET AUTOMATI E

Ditta Costruttrice: PARAMEDIE

Modello: C.U. MEDICAL SYSTEMS Matricola/Seriale: INVENTARIO

RICHIESTA N. 8007905

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo

Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente

DI BATTONIA SCARICA SEGNALAZIONE CONTINUA

SPAZZORDINARIO (AUGUSTO E) (Causa)

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI) FIRMA RICHIEDENTE: [Firma]

Contratto ATI N° ODL: 2024/0306P

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)



2024/0306 P

Codice Fornitore: _____ Causale Spedizione: **Vendita** Numero DDT: **8591** Del **13/12/2024** 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 1100880	OPERATIVA VS ORDINE	SIC PESCARA N° 4532095531 DEL 10/12/2024 Rif.offerta n.: 18916 del 09/12/2024 BATT. Ni-Mh 12V 4.5Ah CU MEDICAL SYSTEM ORIG. - CUER1, CUER2, CUER3, CUER5 - (C/CONNETTORE 4PIN)	ER52210152	Pz 1,00		

Peso netto _____ Peso lordo _____ Annotazioni Generiche: _____
 CORRIERE: _____ Vettore: **03 TNT** **FRANCO C/ADDEBITO** **TRASPORTO E NUMERO ABBONAMENTO:** _____
 Via della Resistenza 53035 Monteriggioni Si _____

Aspetto esteriore dei beni: **SCATOLA** Numero colli **1**

DATA/ORO RITIRO: **13/12/2024 14:41**
 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 2024/03069/04
Data Inizio 17/12/2024 Ora Inizio 16:10

Tipo Straordinaria
Data Fine 17/12/2024 Ora Fine 16:40

DETTAGLI APPARECCHIATURA

Codice Apparecchio E007905
Descrizione DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO BIFASICO
Costruttore CU MEDICAL SYSTEMS INC
Modello PARAMEDIC CU ER1

Presidio PS Città S. Angelo
Reperto Città S. Angelo - DSB
Stanza PS Città S. Angelo | TERRA | AMB. VACCINAZIONE
Matricola A1E080078IT Inventario Ente 00680053001

GUASTO RISCONTRATO

Batteria/e esaurita/e

DESCRIZIONE INTERVENTO

Prova di funzionamento
Sostituzione batteria.

Ore lavoro 00:30 Ore viaggio 00:00

MATERIALI IMPIEGATI

Codice	Descrizione	Quantità	Rifatturabile
1100880	batteria	1	NO

NOTE

Lasciare apparecchio in carica, per avere la batteria al massimo di efficienza, piastre scadono 1 gennaio 2025

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 e 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
Francesca D'Ettore

Firma



RICHIESTA DI RIPARAZIONE APPARECCHIATURA ELETTRONICA

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

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

DETTAGLIO RICHIESTA (compilazione a cura del richiedente)

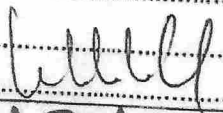
Data Richiesta: 05/12/24
Richiedente: ROBERTO PERILLI Numero:
Presidio/Distretto: UFFICIO DE NONA Telefono: 3426
Reparto: OCULISTICA TERRITORIALE
Inventario N.PE/: 80394 (Obbligatorio se presente)
Barrare se applicabile Comodato/Leasing/Service
Apparecchiatura: OC SPECIALIS E007563
Ditta Costruttrice: HEIDELBERG
Modello: OC SPECIALIS Matricola/Seriale:

SEGNALAZIONE GUASTO/INCONVENIENTE

Apparecchio completamente fermo Apparecchio parzialmente funzionante

Descrizione guasto/inconveniente: ROTURA PULSANTE JOYSTICK

ATI TERRITORIALE
U.S. OCULISTICA TERRITORIALE
Responsabile
Doc: ROBERTO PERILLI

FIRMA RICHIEDENTE: 

NON COMPILARE (compilazione a cura dell'ufficio ATI)

Contratto ATI N° ODL: 2024/03051

Garanzia: Ditta: Telefono:

Comodato/Leasing/Service: Contatto: Intervento previsto il:

Convenz. non di Proprietà: Preventivo N° Data Preventivo:

Non competenza ATI: Inoltrato a: Data Inoltrato:

Commenti/Altro: (compilazione a cura dell'ufficio ATI):

RAPPORTO DI INTERVENTO TECNICO N°	DG/05/25	NUMERO CHIAMATA	286/091224/OCU/DG
--	-----------------	------------------------	--------------------------

RICHIEDENTE:	ATI SIEMENS
UTILIZZATORE:	C/O DSB DI PESCARA NORD
CONTATTO:	

N. RICHIESTA:	N. 2024/03051	N. OFFERTA:	AT181/2024-DG/vm	N. ORDINE:	
DATA RICHIESTA:	06/12/2024	DATA OFFERTA:	09/12/2024	DATA ORDINE:	

APPARATO			
SINTOMO DICHIARATO:	PULSANTE JOYSTICK		
N.INV.		TIPO:	SPECTRALIS HRA+OCT
LOTTO:		MODELLO:	
PRODUTTORE:	HE	SERIAL NUMBER:	SPEC-TR-03367

TIPO LAVORO		RIP. DAL CLIENTE		TIPO ESITO	
INST - COLLAUDO		RIPARAZ. IN SEDE	X	RISOLUTIVO	X
MANUT - V.S.E.		FORMAZIONE		NON RISOLUTIVO	
			MOTIVO:		

OPERAZIONI EFFETTUATE Sostituzione Joystick.
Prove di funzionamento con esito positivo.

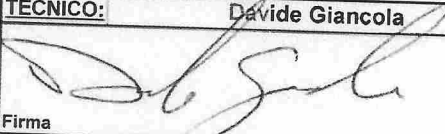
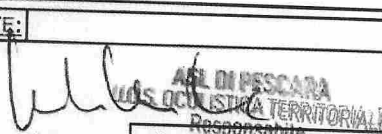
PARTI DI RICAMBIO SOSTITUITE E ALTRI COSTI:

Q.TA'	Descrizione
1	CSO JOYSTICK MODULE Cod. 21116-001

DIRITTO FISSO DI CHIAMATA	SI	
N° ORE DI LAVORO	1	
VIAGGIO A/R n° ORE		

Totale generale € iva esclusa **0,00 €**

APPARECCHIO MULETTO:

TECNICO:	Davide Giancola	CLIENTE:	Presca Visione
			
Firma		Timbro/firma cliente	
		ASL DI PESCARA ASL OCULISTICA TERRITORIALE Responsabile Dr. Roberto Paganelli DATA: 09/01/2025	

COMMESSA		NOTE:
X	GARANZIA	
	FUORI GARANZIA	
	INSTALLAZIONE	
	COLLAUDO	
	CONTRATTO MANUT.	