asl pescara	*AZIENDA SANITARIA LOCALE PESCARA* **VERBALE DEC n° 06-I.C.I. del 04/06/2025** ***(Direttore Esecuzione Contratto)*** *Verbale redatto ai sensi dell' art. 31- Allegato II.14 del D.Lgs. 36/2023 e ss.mm.ii.*

Oggetto: Verifica Esecuzione Contrattuale delle ATTIVITÀ STRAORDINARIE eseguite nei mesi di Marzo e Maggio 2025 - Servizio quinquennale dell'impianto chiamata infermieri in dotazione alla ASL Pescara.

Il sottoscritto ANTONIO VERNA, in qualità di Direttore Esecuzione del Contratto in oggetto e come sotto specificato:

DATI CONTRATTUALI

Contratto n°: NG4578455 del 30/08/2024
CIG: B2DD43C0A6
Delibera di Aggiudicazione: n° 1427 del 23/09/2024
Validità Contratto: 01/09/2024 – 31/08/2029
Importo Totale Contratto Quinquennale: € 128.106,00 i.e.
Canone Fisso Mensile: € 2.135,10 i.e.
Importo Fatturazione Trimestrale: € 6.405,30 i.e.
Ditta Aggiudicataria: DIM Srl -Via Ugo Foscolo, 35 – 65121 PESCARA (PE) – P.IVA: 01453210682
Recapiti: *dimsrl.segreteria@gmail.com – 085.291152 - 335.7125429 – 335.433023*

VERIFICA ESECUZIONE CONTRATTUALE – ATTIVITA' STRAORDINARIE

In applicazione dell' art. 2.5 della Lettera di Invito (inteso anche quale Capitolato Tecnico e Disciplinare di Gara), il RUP ha autorizzato delle Attività Straordinarie nei mesi di Marzo e Maggio 2025 come da documentazione allegata.
A seguito dei controlli effettuali sui report delle suddette attività e da ulteriore verifica a campione degli interventi straordinari eseguiti, ***si attesta lo svolgimento proficuo delle prestazioni in rapporto ai positivi risultati della attività svolte.***

Per quanto di competenza, si autorizza l'emissione dell'ordinativo economico ASL da parte della UOC Ingegneria Clinica e la relativa liquidazione della Fattura che sarà emessa da parte della Ditta, precisando che sarà acquisito un unico CIG per quanto sotto specificato:
-ATTIVITA' STRAORDINARIE MESI DI MARZO E MAGGIO 2025 – SERVIZIO IMPIANTO CHIAMATA INFERMIERI : € 1.901,00 + IVA 22%

Il controllo amministrativo-contabile riferito alle Attività Straordinarie in parola, sarà accertato e validato a ricezione della relativa fattura e consequenziale atto di liquidazione.

Pescara, 04/06/2025

Il DEC

ASL PESCARA
Il DEC: Dr. Antonio Verna

Antonio Verna

Fornitura – Installazione – Manutenzione di: Impianti di Allarme Antifurto Teleassistiti ed Antincendio
Impianti TVCC e Videocontrollo – Armadi di Sicurezza – Cassaforti – Porte Blindate – Automatismi per Cancelli, Portoni e Serrande, Porte Automatiche – Controllo Accessi – Cablaggio Strutturato – Apparecchiature per Reti.
Tel. 085 291152 - Fax 085 4293348 - web. www.dimsrl.it - mail: dimsrl@tin.it
DITEC
Assistenza Tecnica Beghelli
Per la tua tranquillità
La nostra tecnologia

Spett.le
Azienda Asl Uff. Gestione Patrimonio
Via Paolini 68
65124 PESCARA
C.A. Ing. LO MELE

Pescara, 31 maggio 2025 LAVORI STRAORDINARI MARZO- APRILE – MAGGIO 2025

Data	Tipo impianto	Ubicazione	Lavorazione eseguita	Importo
15/03/25	Sistema Chiamata	Chirurgia Ovest Richiesta telefonica	**Stanze 2/3** Ripristino conduttore interrotto su canalina n. 04 Manodopera applicata	 140,00
18/03/25	Sistema Chiamata	Allarme bagno disabili RMN Richiesta mail del 18/03/2025	**Intervento del 18-27/03/2025** Realizzazione linea di alimentazione. Installazione kit n. 01 Kit chiamato Sos bagno disabili n. 04 Manodopera **Intervento del 31/03/2025** Cablaggio e test funzionali n. 1,5 Manodopera coppia di tecnici	 200,00 140,00 105,00
31/03/25	Sistema Chiamata	Ortopedia penne Richiesta mail del 26/03/2025	**Letto 12** Sostituzione pulsante chiamata n. 01 pulsante chiamata n. 02 Manodopera	35,00 70,00
06/05/25	Sistema Chiamata	Stroke Unit Richiesta mail del 22/04/2025	**Intervento del 28/04/2025** Posa cavo multipolare per trasferimento chiamate Cavo 0,5m x12 n. 3,5 Manodopera applicata **Intervento del 06/05/2025** Spostamento remotizzazione chiamate stanze	 125,00 122,50

DIM S.r.l. – via Ugo Foscolo 35 65122 PESCARA ··· P.iva – c.f. 01453210682 – trib. PE n°75395 – cciaa n°319793
SERVIZIO CLIENTI DIM attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30 e dalle 14.30 alle 19.30
NUMEROVERDE 800-998575

			N. 08 MANODOPERA COPPIA DI TECNICI	560,00
21/05/25	SISTEMA CHIAMATA	ORTOPEDIA EST RICHIESTA MAIL DEL 20/05/2025	**STANZE 7/9** SOSTITUZIONE RELÈ DI ATTIVAZIONE STANZE N. 02 RELÈ 24V N. 02 MANODOPERA APPLICATA	 164,00 70,00
29/05/25	SISTEMA CHIAMATA	ORTOPEDIA EST RICHIESTA TELEFONICA	**STANZA 1** SOSTITUZIONE RELÈ DI ATTIVAZIONE STANZE N. 01 RELÈ 24V N. 2,5 MANODOPERA APPLICATA	 82,00 87,50
			Totale	**1.901,00**

– 4 GIU. 2025
ASL PESCARA
DEC. Dr. Antonio Verna

DIM S.r.l. – via Ugo Foscolo 35 65122 PESCARA ··· P.iva – c.f. 01453210682 – trib. PE n°75395 – cciaa n°319793
SERVIZIO CLIENTI DIM attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30 e dalle 14.30 alle 19.30
NUMEROVERDE 800-998575

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

RICHIESTA N 180 / 028 | DATA RICHIESTA | COD CLIENTE 477 | TIPO IMPIANTO CLIMATIZ. UF. | CODICE IMPIANTO

ISTRUZIONI | UBICAZIONE CASE BURGIA QUEST

NOTE CLIENTE EXTRA CONTRATTO

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
15/03/2025	16.00	16/03/2025	00:45
DATA FINE 1° INTERVENTO	ORA RIENTRO	DATA FINE 2° INTERVENTO	ORA RIENTRO
	18.00		2:55
TECNICI ESECUTORI: DELIORIO	TOT ORE	TECNICI ESECUTORI: DELIORIO	TOT ORE

KM PARTENZA | KM. RIENTRO | KM PARTENZA | KM RIENTRO | TOT KM | TARGA

CAUSALE INTERVENTO
Es SANITEZ/2 da Non Reperibili
A SEGUITO DI LAVORI SU BAGNI

1) INTERVENTO ESEGUITO
RICERCA GUASTO - PROBABILE DIFFICOLTÀ SU PULSANTI DI CHIAMATA
DA RIMANDARE PER COMPETENZA

2) INTERVENTO ESEGUITO
RIPRISTINO CONTATTORE INTERROTTO SU SANITARI; GUASTO GENERATO
A SEGUITO DI AMMODERNAMENTO BAGNO

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		CONTROLLARE FUNZIONAMENTO		
		16/03/25		

TOT IMPONIBILE	TOT IVA	TOTALE
		EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: Firma _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: Firma _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO _____
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ☐ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

AUSL PE U.O.C. CHIRURGIA GENERALE e D. Dirigente Medico 1° livello Dr. Valerio CARACIN Cod. N. 2430

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione
DATA 15/03/2025 FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L.675/96.

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

RICHIESTA N.	DATA RICHIESTA	COD. CLIENTE	TIPO IMPIANTO	CODICE IMPIANTO
183/008	18/03/2025	477	ALLARME BAGNO	

ISTRUZIONI: ALLARME BAGNO DISABILI RMN

UBICAZIONE: DISABILI RMN

NOTE CLIENTE

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
18/03/2025	10:00	27/03/2025	15:00
DATA FINE 1° INTERVENTO	ORA RIENTRO	DATA FINE 2° INTERVENTO	ORA RIENTRO
	11:00		18:00
TECNICI ESECUTORI: DI ORIO	TOT. ORE	TECNICI ESECUTORI: DI ORIO	TOT. ORE

KM. PARTENZA | KM. RIENTRO | KM. PARTENZA | KM. RIENTRO | TOT. KM. | TARGA

CAUSALE INTERVENTO

1) INTERVENTO ESEGUITO
Fatto sopralluogo, in attesa di autorizzazione a procedere

2) INTERVENTO ESEGUITO
Realizzata linea alimentazione, installazione kit

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE RICHIESTA MAIL DEL 18/03/2025		

TOT.IMPONIBILE	TOT.IVA	TOTALE
		EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ☐ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE/UTENTE
Per Accettazione

ASL DI PESCARA P.O. Pescara Servizio di Radiologia

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L 675/96.

FIRMA
27/03/25 [illegible]

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

TIPO IMPIANTO | CODICE IMPIANTO

UBICAZIONE

RICHIESTA N.	DATA RICHIESTA	COD. CLIENTE
183/008	18/03/2025	477

ISTRUZIONI
ALLARME BAGNO DISABILI RMN

NOTE CLIENTE

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
31/03/25	8:30 10.00		
DATA FINE 1° INTERVENTO	ORA RIENTRO	DATA FINE 2° INTERVENTO	ORA RIENTRO
TECNICI ESECUTORI: MINERO / BURBANO	TOT. ORE	TECNICI ESECUTORI	TOT. ORE

KM. PARTENZA	KM. RIENTRO	KM. PARTENZA	KM. RIENTRO	TOT. KM.	TARGA

CAUSALE INTERVENTO

1) INTERVENTO ESEGUITO
CONCLUSIONE INSTALLAZIONE CABLAGGIO + TEST

2) INTERVENTO ESEGUITO

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE RICHIESTA MAIL DEL 18/03/2025 31/03/25		

TOT.IMPONIBILE	TOT.IVA	TOTALE
		EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

IMPIANTO ☑ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ☑ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione
DATA FIRMA

ASL DI PESCARA
P.O. PESCARA
Servizio di Radiologia

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L 675/96

Oggetto: Re: FW: I: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN
Mittente: Segreteria DIM srl <dimsrl.segreteria@gmail.com>
Data: 02/04/2025, 09:50
A: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>

Buongiorno,

con la presente comunichiamo che abbiamo provveduto al ripristino allarme bagno disabili RMN

Distinti saluti

Dim Srl

Il 20/03/2025 09:46, Vincenzo Lo Mele ha scritto:

> Si autorizza intervento urgente
>
> v.l.
>
> **Da:** Luca Dell'Orso <dimsrl.luca@gmail.com>
> **Inviato:** martedì 18 marzo 2025 12:53
> **A:** Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>
> **Cc:** Segreteria DIM srl <dimsrl.segreteria@gmail.com>
> **Oggetto:** RE: FW: I: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN
>
> Buongiorno
>
> ringraziando per la richiesta, informiamo che il tecnico ha rilevato l'interruzione del funzionamento a causa dei lavori in una sezione dello stesso reparto e non può essere ripristinato.
>
> Si tratta di installare una nuova spia fuori porta, un alimentatore dedicato, un pulsante a cordino ed un pulsante di reset con un frutto spia all'interno del bagno.
>
> Se autorizzati procediamo.

SISTEMI DI SICUREZZA
INGRESSI AUTOMATICI
VIDEOCONTROLLO
CONTROLLO ACCESSI

Luca Dell'Orso
dimsrl.luca@gmail.com
+ 39 085 - 291152
Numero verde
800 998575

I nostri uffici sono aperti dal Lunedì al Venerdì
dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 18.30

-------- Messaggio originale --------

Da: "dimsrl.segreteria" <dimsrl.segreteria@gmail.com>

Data: 18/03/25 12:47 (GMT+01:00)

A: dimsrl.luca@gmail.com

Oggetto: FW: I: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN

-------- Messaggio originale --------

Da: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>

Data: 18/03/25 11:34 (GMT+01:00)

A: Segreteria DIM srl <dimsrl.segreteria@gmail.com>

Oggetto: I: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN

Descrizione: rsz_logo-asl

D'ordine

La Segreteria

Dott.ssa Arianna Iacone

U.O.C. Ingegneria Clinica – HTA

Tel. 085.425.3109

Da: Galileo Camplone <galileo.camplone@asl.pe.it>
Inviato: martedì 18 marzo 2025 10:13
A: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>
Cc: Roberto Breda <roberto.breda@asl.pe.it>
Oggetto: I: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN

L'intervento sembra sia di competenza della manutenzione chiamata infermieri

Galileo Camplone

asl pescara

Servizio Prevenzione e Protezione per la Sicurezza Interna

TEL. 085.4253998

Da: Roberto Breda
Inviato: martedì 18 marzo 2025 08:44
A: 'Marco Perfetti '; ut.pescara@omniaservitia.it; segreteria.tecnica@omniaservitia.it
Cc: Antonio Busich; Galileo Camplone
Oggetto: I: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN

Per quanto di competenza

Da: Maria Angela Rapagnetta <mariaangela.rapagnetta@asl.pe.it>
Inviato: lunedì 17 marzo 2025 15:26
A: Roberto Breda <roberto.breda@asl.pe.it>

Oggetto: Riparazione urgente allarme bagno disabili RMN

Buongiorno,

si richiede, come in oggetto il vostro cortese intervento.

Cordialità

1712594978025

Da: Piera Turano
Inviato: lunedì 17 marzo 2025 11:33
A: Sandro Fantini; Maria Angela Rapagnetta
Cc: Vincenzo Di Egidio
Oggetto: ottimizzazioni sito RM

Ci è stato indicata una settimana di tempo per dare queste informazioni:

1) Sistemazione allarme bagno disabili (inviatemi il rapporto tecnico una volta che è avvenuta la sistemazione)

2) Sistemazione centratura della lettura O2 (poiché già avvenuta, cortesemente inviatemi il rapportino tecnico)

3) Consenso informato con l'indicazione del nome del CPSI che ha raccolto i dati

Nel caso non si riuscisse in una settimana, fatemi sapere enro giovedì20 al fine di richiedere una prororga.

Saluti

****

cid:image001.png@01D64637.2C70E4B0

Dott.ssa Piera Turano

Resp. UOSD Fisica Sanitaria

Esperto di Radioprotezione del PO Pescara-Area Radiologica

Esperto in Sicurezza RM del PO Pescara

E-mail: piera.turano@asl.pe.it

PEC: fisicasanitaria.aslpe@pec.it

Via Fonte Romana, 8 - 65124

Tel. 085 425 2846

Fax: 085 425 2845

Le informazioni contenute nel presente messaggio e nei suoi allegati sono riservate e destinate esclusivamente alla persona od organizzazione sopra indicata. A chi legge il presente avviso - se non è l'effettivo destinatario - si notifica che sono proibite copie, distribuzione o divulgazione di quanto in esso contenuto, compresi gli allegati. Se questo messaggio Vi è pervenuto per errore, Vi preghiamo di informarci immediatamente mettendosi in contatto con uno dei recapiti sopra, di non leggerlo e di distruggerlo. Grazie

--

SISTEMI DI SICUREZZA
INGRESSI AUTOMATICI
VIDEOCONTROLLO
CONTROLLO ACCESSI

Mariarita De Bonis
dimsrl.segreteria@gmail.com
+ 39 085 - 291152
+ 39 328 - 8336988
Numero Verde
800 998575

I nostri uffici sono aperti dal Lunedì al Venerdì
dalle ore 8.30 alle 12.30 e dalle ore 14.30 alle ore 18.30

EXTRA

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

RICHIESTA N.	DATA RICHIESTA	COD. CLIENTE	TIPO IMPIANTO	CODICE IMPIANTO
207/008	27/03/2025	477	P.O. PENNE	

ISTRUZIONI: ORTOPEDIA PENNE
UBICAZIONE: ORTOPEDIA LETTO 12
NOTE CLIENTE

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
31/03/2025	15,00		
DATA FINE 1° INTERVENTO	ORA RIENTRO	DATA FINE 2° INTERVENTO	ORA RIENTRO
	17,00		
TECNICI ESECUTORI: BUCORSO L	TOT. ORE	TECNICI ESECUTORI	TOT. ORE

KM. PARTENZA | KM. RIENTRO | KM. PARTENZA | KM. RIENTRO | TOT. KM. | TARGA

CAUSALE INTERVENTO
PULSANTE CHIAMATA DIVELTO DALLA STAZ.

1) INTERVENTO ESEGUITO
SOSTITUZIONE PULSANTE CHIAMATA; IMPIANTO LASCIATO FUNZIONANTE

2) INTERVENTO ESEGUITO

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE STANZA 6 LETTO 12 RICHIESTA MAIL DEL 26/03/2025		
01		PULSANTE DI CHIAMATA 31/03/25		

TOT.IMPONIBILE	TOT.IVA	TOTALE
		EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ☐ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L 675/96

DATA 31/03/2025 FIRMA

ASL PESCARA PRESIDIO OSPEDALIERO PENNE

Oggetto: Fwd: richiesta
Mittente: Segreteria DIM srl <dimsrl.segreteria@gmail.com>
Data: 01/04/2025, 09:51
A: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>

Buongiorno,
con la presente comunichiamo che abbiamo ripristinato l'anomalia segnalata.
Distinti saluti
Dim Srl

-------- Messaggio Inoltrato --------
Oggetto:richiesta
Data: Wed, 26 Mar 2025 14:21:28 +0000
Mittente: Ortopedia Penne <ortopedia.penne@asl.pe.it>
A:dimsrl.segreteria@gmail.com <dimsrl.segreteria@gmail.com>

Con la presente si richiede riparazione campanello letto n. 12 stanza n. 6 presso il reparto di Ortopedia del PO di Penne.

cordiali saluti

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

RICHIESTA N. | DATA RICHIESTA | COD CLIENTE: 477 | TIPO IMPIANTO: CHIAMATA INTERN. | CODICE IMPIANTO

ISTRUZIONI | UBICAZIONE: STROLE UTIC 7° Piano

NOTE CLIENTE

DATA INIZIO 1° INTERVENTO: 28/04/2025 | ORA PARTENZA: 9.30/13.00
DATA FINE 1° INTERVENTO | ORA RIENTRO
TECNICI ESECUTORI: DELL'ORTO | TOT ORE
KM PARTENZA | KM RIENTRO | KM PARTENZA

DATA INIZIO 2° INTERVENTO | ORA PARTENZA
DATA FINE 2° INTERVENTO | ORA RIENTRO
TECNICI ESECUTORI | TOT ORE
KM RIENTRO | TOT KM | TARGA

CAUSALE INTERVENTO
TRASLOCO RIPETITORE DI CHIAMATA DM

1) INTERVENTO ESEGUITO
POSA CAVO MULTIPOLARE PER TRASFERIMENTO CHIAMATE

2) INTERVENTO ESEGUITO

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE UTIC/CARDIOLOGIA		
50 MT		CAVO 0,5 mm x 12		

TOT.IMPONIBILE | TOT.IVA | TOTALE EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: Firma _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: Firma _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO _____
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ☐ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione
DATA FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L.675/96.

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

RICHIESTA N.	DATA RICHIESTA	COD. CLIENTE	TIPO IMPIANTO	CODICE IMPIANTO
285/008	28/04/2025	477		

ISTRUZIONI: STROKE UNIT
UBICAZIONE:
NOTE CLIENTE:

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
6/5/2025	8:30 13:30		
DATA FINE 1° INTERVENTO	**ORA RIENTRO**	**DATA FINE 2° INTERVENTO**	**ORA RIENTRO**
	15:00 18:00		
TECNICI ESECUTORI	**TOT. ORE**	**TECNICI ESECUTORI**	**TOT. ORE**
MINIERO/D'VERSANO			

KM. PARTENZA | KM. RIENTRO | KM. PARTENZA | KM. RIENTRO | TOT. KM. | TARGA

CAUSALE INTERVENTO

1) INTERVENTO ESEGUITO
SPOSTAMENTO REMOTIZZAZIONE CHIAMATE STANZE, BUZZER

2) INTERVENTO ESEGUITO

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE RICHIESTA MAIL DEL 22/04/2025 06/05/25		
		TOT.IMPONIBILE	TOT.IVA	TOTALE EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data: *Firma* _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ☐ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione
DATA FIRMA

ASL PESCARA - P.O. PESCARA
U.O.C. NEUROLOGIA D'URGENZA
E STROKE UNIT

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L 675/96.

Oggetto: Fwd: Fw: Campanelli stroke unit
Mittente: Segreteria DIM srl <dimsrl.segreteria@gmail.com>
Data: 03/06/2025, 09:08
A: "dimsrl.segreteria" <dimsrl.segreteria@gmail.com>

-------- Messaggio originale --------
Da: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>
Data: 22/04/25 13:20 (GMT+01:00)
A: dimsrl.luca@gmail.com, dimsrl.segreteri@gmail.com
Oggetto: Fw: Campanelli stroke unit

Intervento urgente

Inviato da Outlook per Android

From: Irene Rosini <irene.rosini@asl.pe.it>
Sent: Tuesday, April 22, 2025 11:32:01 AM
To: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>; Claudia Di Lanzo <claudia.dilanzo@asl.pe.it>
Cc: Maria Vittoria De Angelis <mv.deangelis@asl.pe.it>
Subject: I: Campanelli stroke unit

Si sollecita con estrema urgenza quanto già richiesto.

Cordialità

Da: Irene Rosini
Inviato: mercoledì 2 aprile 2025 13:55
A: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>; Maria Vittoria De Angelis <mv.deangelis@asl.pe.it>
Oggetto: Campanelli stroke unit

Si chiede cortesemente di sanare l'avviso di chiamata presente in stroke unit, che viene rilevato soltanto in guardiola, locali attualmente adibiti al dh e divisi da una porta quindi assolutamente non percepibili dal personale.

A disposizione per i chiarimenti in merito.

Cordialmente

Coordinatrice Infermieristica

Dott.ssa Irene Rosini

UOC

Terapia Intensiva Adulti

Terapia intensiva pediatrica

Terapia del dolore

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO FAX

RICHIESTA N.	DATA RICHIESTA	COD. CLIENTE	TIPO IMPIANTO	CODICE IMPIANTO
144/008	21/05/2025	477	CENTRALE INTERM.	

ISTRUZIONI

UBICAZIONE: ORTOPEDIA EST STANZE 7/9

NOTE CLIENTE

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
21/05/2025	17.00		
DATA FINE 1° INTERVENTO	ORA RIENTRO	DATA FINE 2° INTERVENTO	ORA RIENTRO
	19.00		
TECNICI ESECUTORI	TOT ORE	TECNICI ESECUTORI	TOT ORE
DELL'ORSO			
KM. PARTENZA / KM. RIENTRO	KM. PARTENZA	KM. RIENTRO / TOT. KM.	TARGA

CAUSALE INTERVENTO
BLOCCATE STANZE 7/9

1) INTERVENTO ESEGUITO
SOSTITUIRE RELÈ DI ATTIVAZIONE STANZE

2) INTERVENTO ESEGUITO

TIPO DI MANUTENZIONE ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE ~~UTIC~~ CARDIOLOGIA		

02		Relè 24 V		
		21/05/25		

TOT.IMPONIBILE TOT.IVA TOTALE
EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data. Firma _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data. Firma _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO _____

IL TECNICO

L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO: ATTIVO NON ATTIVO

ASL DI PESCARA
C.O. DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DEGENZA ALA EST

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione
DATA 21/05/2025 FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L.675/96.

Oggetto: Fwd: RICHIESTA INTERVENTO
Mittente: Segreteria DIM srl <dimsrl.segreteria@gmail.com>
Data: 26/05/2025, 17:28
A: Vincenzo Lo Mele <vincenzo.lomele@asl.pe.it>

Buongiorno,
con la presente comunichiamo che abbiamo ripristinato l'anomalia segnalata.
Distinti saluti
Dim Srl

-------- Messaggio Inoltrato --------
Oggetto:RICHIESTA INTERVENTO
Data: Tue, 20 May 2025 09:11:25 +0000
Mittente: Ortopedia Traumatologia <ortopedia.traumatologia@asl.pe.it>
A:dimsrl.segreteria@gmail.com <dimsrl.segreteria@gmail.com>

SI RICHIEDE INTERVENTO IN ORTOPEDIA ALA EST PER CAMPANELLO CHIAMATA PERSONALE DEL LETTO NUM 17 E NUM 18 NON FUNZINANTE . GRAZIE

DIM S.r.l. via U.Foscolo n° 35
65121 PESCARA Fax 0854293348
http: www.dimsrl.it e-mail: dimsrl@tin.it Tel. 085291152
c.f./p.iva n°01453210682, Trib.PE n°75395, CCIAA n°319793, REA n°97497

Impianti e Sistemi di Sicurezza, di Automazione, Elettronici, Telefonici, Telematici, Manutenzione

Assistenza Tecnica Beghelli

SCHEDA DI INTERVENTO PER MANUTENZIONE

CLIENTE
AZIENDA-A.USL PE-UFF.GEST.PATRIM
VIA R. PAOLINI N. 68
65124 PESCARA PE

TELEFONO | FAX

RICHIESTA N. | DATA RICHIESTA | COD CLIENTE: 477 | TIPO IMPIANTO: CHIAMATA INFERM. | CODICE IMPIANTO

ISTRUZIONI | UBICAZIONE: ORTOPEDIA EST STANZA 1

NOTE CLIENTE: ERIA

DATA INIZIO 1° INTERVENTO	ORA PARTENZA	DATA INIZIO 2° INTERVENTO	ORA PARTENZA
28/05/2025	16.00	29/05/2025	10.00
DATA FINE 1° INTERVENTO	ORA RIENTRO	DATA FINE 2° INTERVENTO	ORA RIENTRO
	17.30		11.00
TECNICI ESECUTORI: DELL'ORSO	TOT ORE	TECNICI ESECUTORI: DELL'ORSO	TOT ORE

KM PARTENZA | KM RIENTRO | KM PARTENZA | KM RIENTRO | TOT. KM. | TARGA

CAUSALE INTERVENTO
NON ESEGUE RESET STANZA 1

1) INTERVENTO ESEGUITO
RELÈ ~~[illegible]~~ NON FUNZIONANTE A CAUSA DI AUMENTO DI TENSIONE SU IMPIANTO - NON È STATO POSSIBILE IL RIPRISTINO PER INDISPONIBILITÀ

2) INTERVENTO ESEGUITO
DEL RICAMBIO
29/05: SOSTITUZIONE RELÈ, STANZA RIPRISTINATA

TIPO DI MANUTENZIONE: ☐ ORDINARIA ☐ STRAORDINARIA ☐ ADEGUATIVA ☐ GARANZIA RIF. RICHIESTA _____

QTA'	CODICE	DESCRIZIONE	COSTO UNITARIO	TOTALE
		SISTEMA CHIAMATE UTIC/CARDIOLOGIA		

01	13.12.0.024.0000	RELÈ MONOLITE		

TOT.IMPONIBILE | TOT.IVA | TOTALE EUR

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data. Firma _____

FIRMA DELL'UTENTE per accettazione degli orari e dell'intervento eseguito in data. Firma _____

IMPIANTO ☐ IDONEO ☐ NON IDONEO AL REGOLARE FUNZIONAMENTO
☐ ALTRO
L'IMPIANTO E' STATO RICONSEGNATO ☐ ATTIVO ☐ NON ATTIVO

IL TECNICO

CONFERMANDO L'EFFETTIVA DURATA DEL LAVORO SVOLTO, MI RITENGO PIENAMENTE SODDISFATTO/A DELLA RIPARAZIONE ESEGUITA E/O DEI PRODOTTI INSTALLATI.

IL CLIENTE / L'UTENTE
Per Accettazione
DATA FIRMA

ASL DI PESCARA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
DEGENZA A/A EST

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
Con la presente esprimiamo il nostro consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della L.675/96.