	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

ENTE: ASL DI PESCARA

SEZIONE 1 – ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE FASE SRL [] Non disponibile

OFFERTA/RDO N° : _____ **DEL:** _____ [] Non disponibile

ORDINE N° : 20-2023-81 **DEL:** 28/04/2023 [] Non disponibile

DELIBERA/DETERMINA N° : _____ **DEL:** _____ [] Non disponibile

DDT N° : 001986-A **DEL:** _____ [] Non disponibile

DDT N° : _____ **DEL:** _____ [] Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 3.200,00 +IVA



TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio; REPAIR EXCHANGE

STRUTTURA: PO DI PESCARA **REPARTO:** UOS OTORINOLARINGOIATRIA PENNE

PADIGLIONE: PALAZZO VECCHIO **PIANO:** 3° **STANZA:** AMBULATORIO ORL

CDC: A05C04S02 **DESCRIZIONE CDC:** UOS OTORINOLARINGOIATRIA - PO PENNE

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	E013471	NASO FARINGO/LARINGOSCOPIO	EMOS TECHNOLOGY GMBH	PRESTIGE FNS-3200	9623		€ 3.200,00
 Inventario Biomedicale E013471 							

SEZIONE 3 – CONFORMITÀ DELLA FORNITURA

Verifica integrità dell'imballaggio, se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO] [NA] [NV]

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e ordinato ([] allegata Check list riscontro) ~~[OK]~~ [KO] [NA]

Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT ([] allegato DDT riscontro) ~~[OK]~~ [KO] [NA]

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : _____ [OK] [KO]


Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data 05.05.2023 [OK] [KO] [NA] [] si allega [GP*]

Dichiarazione di conformità dell'impianto di alimentazione dell'apparecchio secondo DM 37/08 [OK] [KO] [NA] [] si allega [GP*]

* Il personale dell'azienda sanitaria riferisce che tale documentazione è già in loro possesso

Note

Tramite formula "repair exchange" ha sostituito analogo dispositivo, cod. E013052, inventario Asl 100821, s/n 7581, che da oggi 05/05/2023 in Biogest risulterà automaticamente in fuori uso.

	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 4 - SCHEDA APPARECCHIO

ID (tabella sezione 2): _____ Codice Apparecchio: E013471 Key number: _____
 Configurazione: Singolo; A sistema: alimentato da altro apparecchio; A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: _____
 Importo dell'opera di acquisto: 3.200,00 + IVA importo singolo apparecchio [NA]
 Anno di fabbricazione: 2023 Numero repertorio: _____ [NA]
 Effettuata Fotografia: [NA] CND: _____ [NV]

Accessori forniti con l'apparecchio:

N°	Descrizione	Quantità	Part number	S/N-Lotto
1				
2				
3				
4				

Manuale Utente: Rev _____ Data: _____ Lingua: Italiano; _____ [OK] [KO]
 Manuale Service: Rev _____ Data: _____ Lingua: _____ [OK] [KO] [NA]

Dichiarazione di conformità: MDD 93/42; MDR 2017/745; IVDD 98/79; IVDR 2017/746; _____ si allega
 Classe di rischio apparecchiatura: _____ [NA] Certificato CE (MD/IVD): [OK] [KO] [NA] si allega
 UDI: _____ [NA]

Release Software e data: _____ [NA] Lingua interfaccia software: _____
 Indirizzo IP: _____ Gateway: _____ Server address: _____ MAC address: _____
 Fornite password specifiche: _____ [OK] [NA] [NV]

Normativa/e di riferimento: _____

Check list manutenzione preventiva: _____ [OK] [KO] [NA] si allega
 Periodicità manutenzione preventiva: _____ si allega
 Altra documentazione: _____

Installazione del bene in accordo alle prescrizioni del fabbricante: _____ [OK] [KO] [NA] [NV]
 Adeguatezza alimentazione (elettrica (TN, IT-M), idraulica, pneumatica etc): _____ [OK] [KO] [NA] [NV]
 Assenza di adattatori, prese multiple e prolunghe: _____ [OK] [KO] [NA]
 Locale in cui è stato eseguito il collaudo (se diverso dal campo stanza): _____


Allegata Lista parti di ricambio (Spare Parts): _____ [OK] [NA] [NV]

(Se diverso per ogni apparecchio, altrimenti vedere sezione 6)
 Durata della garanzia (mesi): 24 Data inizio garanzia: 05-05-23 Data fine garanzia: 05-05-25
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: Vizi occulti; Manutenzione Preventiva; Manutenzione su guasto
 Contratto full risk
 Kit Manutenzione _____
 Materiale di consumo _____; [NA]

SEZIONE 5 - VERIFICHE TECNICHE

Verifica di sicurezza elettrica effettuata dal Fornitore: sul luogo di installazione; fabbrica [OK] [KO] [NA] si allega
 Verifica funzionale effettuata dal Fornitore: sul luogo di installazione; fabbrica [OK] [KO] [NA] si allega
 Verifica sicurezza elettrica (eventuale PE) effettuata da HC: sul luogo di installazione; laboratorio [OK] [KO] [NA] si allega
 Codice richiesta VSE: _____ Altri controlli: _____

Note

	Titolo documento	Codice	Tipologia Attività	Dettaglio attività	Data	Rev.
	Scheda di collaudo	SCH_13_COLLAUDO_01	Programmata	Profilo per tutte le descrizioni	01/04/2019	7

SEZIONE 6 – ESITO COLLAUDO DI ACCETTAZIONE

ESITO CONTROLLO VISIVO

POSITIVO NEGATIVO _____

Commissione
 Data: 05.05.23
 Nome Cognome: GIULIA RIFILLO
 Nome Cognome: _____
 Nome Cognome: _____
 Note: _____

ASL PESCARA - P.O. PENNE
 U.O.S. di ORL - OTORINOLARINGOIATRA
 Dr. Fulvio
 Firma: _____
 Firma: _____
 Firma: _____

Rappresentante del Fornitore
 Nome Cognome: A. STAGNOLETTA Data: 05.05.23 Firma: _____
 Durata della garanzia (mesi): 24 Data inizio garanzia: 05.05.23 Data fine garanzia: 05.05.25
 Attività e materiali compresi durante il periodo di garanzia: [] Vizi occulti; [] Manutenzione Preventiva; [] Manutenzione su guasto
 [] Contratto full risk
 [] Kit Manutenzione _____
 [] Materiale di consumo _____; [NA]
 Note: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA

POSITIVO NEGATIVO _____

Tecnico HC – Nome Cognome: P. YEPEZ Data: 05.05.23 Firma: _____

ESITO VERIFICHE TECNICHE – ALTRE VERIFICHE TECNICHE

POSITIVO NEGATIVO _____

Esperto Qualificato (EQ) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Esperto responsabile (ER) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Addetto sicurezza laser (ASL) – Nome Cognome: _____ Data: _____ Firma: _____ [NA]
 Eseguite Verifiche e Valutazioni Tecniche: _____ [OK] [KO] [] si allega
 Note: _____

ESITO VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE

POSITIVO NEGATIVO _____

FORMAZIONE ALL'USO
 Si dichiara di aver ricevuto il manuale d'uso e che il personale utilizzatore:
 [] E' stato formato all'uso corretto e sicuro del/dei dispositivi oggetto del presente collaudo
 [] La formazione è stata programata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: _____
 [x] Nella UO esistono apparecchi analoghi e quindi non necessita formazione specifica sull'apparecchio oggetto del collaudo

VERIFICA PERSONALE UTILIZZATORE
 L'UO dichiara che le prestazioni dell'apparecchio rispondono alla specifiche di utilizzo richieste.
 Responsabile UO – Nome Cognome: GIULIA RIFILLO Data: 05.05.23 Timbro e Firma: _____
 NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

ASL PESCARA - P.O. PENNE
 U.O.S. di ORL - OTORINOLARINGOIATRA
 Dr. Fulvio
 Timbro e Firma: _____
 art. 16 - C.d.C. 210

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC – Nome Cognome: dot. Alessandro Data: 8/5/2023 Timbro e Firma: _____
*L'esito segnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli e/o verifiche che è stato possibile effettuare



FASE s.r.l.

Via Atene, 81/83
70052 Bisceglie (Ba) Italy
Tel. +39 080 3921019 - Fax +39 080 3958282
web: www.fasesrl.com e-mail: info@fasesrl.com
Partita Iva: 03578710729



CONFERMA LAVORO

N° 03

Data 05/05/2023

Cliente Azienda VFL Pescara Via R. PASTORI, 47

Luogo di destinazione PENNE P.O.

Città PENNE Rif. Vs. ordine 20-2023-81 del 28-04-23

COLLAUDO RIPARAZIONE MANUTENZIONE SOPRALLUOGO MONTAGGIO

DESCRIZIONE APPARECCHIATURA/E

Tipo NASOFARINCO SCOPIO EMU mod. FNS 3200 serial n. 9623

DIFETTO RISCONTRATO NESSUNO

LAVORO ESEGUITO COLLAUDO

MATERIALE UTILIZZATO: DESCRIZIONE	GARANZIA	CODICE	QUANTITÀ	PREZZO
NASOFARINCO SCOPIO	SI	FNS3200	01	/
Permanenza presso il cliente	ACCESSORI		costo orario	totale
da <u>12.00</u> a <u>12.30</u> totale ore / min. <u>30min</u>	<u>MANOMETRO</u>		€	€
Mezzo di trasporto	Km. percorsi		costo al Km.	totale
<u>auto / aereo / treno</u>	<u>350</u>		€	€
Ore di viaggio	n. <u>3,50</u>		costo orario	totale
			€	€
Importo totale del materiale utilizzato			€	€
Diritto fisso di CHIAMATA			€	€
ANNOTAZIONI			Importo totale	€
<u>CONMESSA CLIENTE GUY</u>			Iva 20%	€
<u>1522 del 02/05/2023</u>			Importo fattura	€

In base alle condizioni di fornitura oltre i materiali forniti non coperti da garanzia, saranno addebitate le spese e le ore di viaggio, di lavoro e di trasferta, a norma delle tariffe ANIE cat. 1°. Per conferma di accettazione dei lavori sopra descritti ad avvenuto positivo e definitivo collaudo.

Timbro e Firma del Cliente
ASE PESCARA - P.O. PENNE
U.D.S.D. ONL - OTTORINCIARINGUATRA
Dot. SSA GINA DI FULVIO
Matr. 8916 V.C.S. 210

Firma del Tecnico
[Signature]

Copia per il Cliente