

	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**

<b>DITTA FORNITRICE</b>	FASE SRL				[ ] Non disponibile
<b>OFFERTA/RDO</b>	N°	:	_____	DEL: _____	[ ] Non disponibile
<b>ORDINE</b>	N°	:	20-2023-81	DEL: 28/04/2023	[ ] Non disponibile
<b>DELIBERA/DETERMINA</b>	N°	:	_____	DEL: _____	[ ] Non disponibile
<b>DDT</b>	N°	:	001986-A	DEL: _____	[ ] Non disponibile
<b>DDT</b>	N°	:	_____	DEL: _____	[ ] Non disponibile
<b>IMPORTO DELLA FORNITURA:</b>	€ 3.200,00		+IVA		
<b>TIT. PROPRIETA':</b> <input type="checkbox"/> Acquisto; <input type="checkbox"/> Visione; <input type="checkbox"/> Comodato service; <input type="checkbox"/> Noleggio; <input checked="" type="checkbox"/> REPAIR EXCHANGE					
<b>STRUTTURA:</b> PO DI PESCARA		<b>REPARTO:</b> UOS OTORINOLARINGOIATRIA PENNE			
<b>PADIGLIONE:</b> PALAZZO VECCHIO		<b>PIANO:</b> 3°		<b>STANZA:</b> AMBULATORIO ORL	
<b>CDC:</b> A05C04S02		<b>DESCRIZIONE CDC:</b> 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
 <b>Inventario Biomedicale</b> <b>E013471</b> 							

**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)	<input checked="" type="checkbox"/> [OK] [KO] [NA]
Verifica corrispondenza fra materiale consegnato e indicato su DDT ([ ] allegato DDT riscontro)	<input checked="" type="checkbox"/> [OK] [KO] [NA]
Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio; se KO indicare quali ID : _____	<input checked="" type="checkbox"/> [OK] [KO]
Verbale di installazione/collaudo redatto dalla ditta fornitrice in data <u>05.05.2023</u>	<input checked="" type="checkbox"/> [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.S. 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.S. 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. Alessandra 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 SCOPLO EMU mod. FNS 3200 serial n. 9623

DIFETTO RISCONTRATO NESSUNO

LAVORO ESEGUITO COLLAUDO

MATERIALE UTILIZZATO: DESCRIZIONE	GARANZIA	CODICE	QUANTITÀ	PREZZO
NASOFARINCO SCOPLO	SI	FNS3200	01	/
Permanenza presso il cliente	totale ore / min. <u>30min</u>	ACCESSORI	costo orario	totale
da <u>12.00</u> a <u>12.30</u>	da _____ a _____	<u>MANOMETRO</u>	€ _____	€ _____
Mezzo di trasporto	Km. percorsi	ACCESSORI	costo al Km.	totale
<u>auto / aereo / treno</u>	<u>350</u>	<u>ADATTATORE</u>	€ _____	€ _____
Ore di viaggio	n. <u>3,50</u>		costo orario	totale
			€ _____	€ _____
Importo totale del materiale utilizzato			€ _____	€ _____
Diritto fisso di CHIAMATA			€ _____	€ _____
ANNOTAZIONI	<u>CONMESSA CLIENTE G44</u>			
	<u>1522 del 02/05/2023</u>			
	Importo totale	€ _____		
	Iva 20%	€ _____		
	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  
**ASL PESCARA - P.O. PENNE**  
U.O.S.D. ONL - OTORINOLARINGOIATRA  
Dott. SSA GIULIA DI FULVIO  
Matr. 8916 V.C.S. 210

Firma del Tecnico  
*[Signature]*

Copia per il Cliente