	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 PESCARA

SEZIONE 1 – ESTREMI DELLA FORNITURA

DITTA FORNITRICE PHILIPS SPA

OFFERTA/RDO N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

ORDINE N° : 20-2022-93 DEL: 18/10/2022 Non disponibile

DELIBERA/DETERMINA N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

DDT N° : OP23-060 DEL: 09/03/2023 Non disponibile

N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 61.250,00 +IVA

TIT. PROPRIETA': Acquisto; Visione; Comodato service; Noleggio; _____

STRUTTURA: PO PESCARA **REPARTO:** ECOGRAFIA INTERNISTICA

PADIGLIONE: PE NORD **PIANO:** 8 **STANZA:** 3

CDC: _____ **DESCRIZIONE CDC:** ECOGRAFIA INTERNISTICA

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
04	E013369	ECOTOMOGRFO	PHILIPS	EPIQ ELITE	US123B2211# IT102348014		€ 42.400,00
	E013370	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	L12-3	F088Y0		€ 3.490,00
	E013371	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	eL18-4	F08N1C		€ 740,00
	E013372	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	C8-5	F089LL		€ 3.190,00
	E013373	SONDA ECOGRAFICA	PHILIPS	C5-1	F08ZYK		€ 890,00
	E013374	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	SONY	UP 898MD	7288106		€ 540,00
	E013375	MODULO ACQUISIZIONE IMMAGINI	PHILIPS	PERCUNAV	FGC0-S09907		€ 10.000,00

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 20/3/2023 [~~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

ACQUISTO PNRR ORDINE MEPA 6884749 del 21/07/2022, 6918772 del 30/08/2022, 6925660 del 05/09/2022

	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: 20/3/2023
 Nome Cognome: d. SSA DI LATTI
 Nome Cognome: _____
 Nome Cognome: _____
 Note: _____

ASL PESCARA
 Struttura di _____
 Firma: _____
 Dot. _____
 Firma: _____
 Matricola 6130

Rappresentante del Fornitore
 Nome Cognome: D'ANGELO GIAMPICCO Data: 20/3/2023 Firma: _____
 Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 20/3/2023 Data fine garanzia: 19/3/2024
 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: QUINTO Data: 20/3/2023 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: DA PIANIFICARE
 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: D. SSA DI LATTI Data: 20/3/2023 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
 Struttura di _____
 Timbro e Firma: _____

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC – Nome Cognome: ING. DI LANZO Data: 23/03/2023 Timbro e Firma: _____

U.O.C. Ing. Clinica HTA
 Il Coll. Tecnico Prof.le
 Ing. Claudia DI LANZO

*L'esito assegnato è stato elaborato sulla base dei soli controlli o verifiche che è stato possibile effettuare