

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|------------|------|
|  | 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: QUADRIFO 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

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