	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: SAMSUNG ELECTRONICS ITALIA SPA

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

ORDINE N° : 6884828,6918668,6924442 DEL: 21/07/2022 Non disponibile

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

DDT N° : 7011488 DEL: 29/09/2022 Non disponibile

DDT N° : _____ DEL: _____ Non disponibile

IMPORTO DELLA FORNITURA: € 25.355,00 +IVA

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

STRUTTURA: PESCARA REPARTO: CHIRURGIA VASCOLARE

PADIGLIONE: PE SUD PIANO: 3 STANZA: AMBULATORIO MEDICAZIONI

CDC: _____ DESCRIZIONE CDC: _____

SEZIONE 2 - ELENCO APPARECCHIATURE OGGETTO DI COLLAUDO

ID	Codice Apparecchio	Descrizione	Costruttore	Modello	S/N	Inventario Ente	Prezzo
	E012921	ECOTOMOGRFO	SAMSUNG	RS85	S2ERM3HT500013J		€ 20.810,00
	E012922	SONDA ECOGRAFICA	SAMSUNG	CA1-75	KDR9M3GT800101Z		
	E012923	SONDA ECOGRAFICA	SAMSUNG	LA2-14A	K0S9M3GT800150P		
	E012924	SONDA ECOGRAFICA	SAMSUNG	LA2-9A	K0EKM3GT900010L		€ 1.820,00
	E012925	SONDA ECOGRAFICA	SAMSUNG	LA3-22AI	K0Y5M3GT800017N		€ 2.275,00
	E012926	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI BIOIMMAGINI	SONY	UP-D898D	7275224		€ 450,00
	E012927	GRUPPO DI CONTINUITA	BLUEWALKER	PWDV12200	320114BP30000123		

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 30/9/2022 [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

	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): 01 Codice Apparecchio: E012921 Key number: _____
 Configurazione: Singolo; A sistema: alimentato da altro apparecchio; A sistema: alimentato dalla rete Codice padre: E012921
 Importo delibera di acquisto: _____ + IVA importo singolo apparecchio [NA]
 Anno di fabbricazione: 2022 Numero repertorio: 1639715 [NA]
 Effettuata Fotografia: [NA] CND: E11040104 [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): [KO] [NA] si allega
 UDE: _____ [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 vedi sezione 6)
 Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 30/09/2022 Data fine garanzia: 29/09/2023
 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 PP) 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: 30/09/2022
 Nome Cognome: dott. ANTONIO ANTONIO
 Nome Cognome: _____
 Nome Cognome: _____
 Note: _____

ASL PESCARA
 U.O. C. CHIRURGIA VASCOLARE
 P.O. "Spirito Santo" - Pescara
 Firma: [Firma]
 Firma: _____
 Firma: _____

Rappresentante del Fornitore
 Nome Cognome: DE FINI MIRKO Data: 30/09/2022 Firma: _____
 Durata della garanzia (mesi): 12 Data inizio garanzia: 30/09/2022 Data fine garanzia: 29/09/2023
 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: G. SANNICOLA Data: 04/10/2022 Firma: [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 programmata, in accordo fra fornitore e unità operativa, in data: 06/09/2022
 [] 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: dott. Antonio A. Data: 30/09/2022 Timbro e Firma: [Firma]


ASL PESCARA
 U.O. C. CHIRURGIA VASCOLARE
 P.O. "Spirito Santo" - Pescara

NB: l'apparecchiatura è da considerarsi sicura soltanto se utilizzata secondo le indicazioni fornite dal fabbricante nel manuale d'uso.

ESITO GENERALE PROCEDURA DI COLLAUDO DI ACCETTAZIONE*

POSITIVO NEGATIVO _____

Responsabile IC – Nome Cognome: ING. DI LANZO C. Data: 04/10/2022


U.O.C. Ing. Clinica HTA
 Ing. Claudia DI LANZO

* Questo allegato è stato elaborato sulla base dei dati contenuti nel verbale che è stato possibile effettuare

SAMSUNG

Ns. Rif. SEI/HME_US/432/NLP
Milano, 26/09/2022
US22C012

Spett.le
ASL 3 PESCARA
VIA RENATO PAOLINI, 47
65100 - PESCARA (PE)

VERBALE DI CONSEGNA E INSTALLAZIONE - CONSIP ID 2349 SUBLOTTO 1A
ECOGRAFO S/N S2ERM3HT500013J

N° progressivo affidato all'ordine	Ordine n. 6884828 del 21/07/2022 - CIG: 9335152B1F - CUP: G24E21005140006; G24E21005150006; G24E21005160006; G24E21005170006 - Ordine n. 6918668 del 30/08/2022
Data consegna e installazione	30/09/2022
Luogo consegna e installazione	CHIRURGIA VASCOLARE
N° progressivo installazione (assegnato dal fornitore) eventuale	US22C012

N° apparecchiature oggetto dell'ordine:

Descrizione	Codice Item	S/N (Rev.No)	Qt.
Ecografo RS85	USS-RS85G4H/CS	S2ERM3HT500013J	1
Sonda Convex CA1-7S	USP-C017F6A/WR	K0R9M3GT800101Z	1
Sonda Lineare LA2-14A	USP-L02EF5B/WR	K0S9M3GT800150P	1
Stampante D898MD	USO-P0NBNI0/WR	S017275224F	1
Sonda Lineare LA2-9A	USP-L029F4A/WR	K0EKM3GT900010L	1
Sonda Lineare LA3-22AI	USP-L03MF2A/WR	K0YSM3GT800017N	1

L'apparecchiatura come sopra descritta è stata sottoposta con esito positivo, a tutte le verifiche e prove di funzionamento, così come previsto dall'art. 10 del Contratto.

Si attesta pertanto che la stessa, è perfettamente funzionante, e rispondente a quanto da Voi ordinato

ASL PESCARA
U.O. C. CHIRURGIA VASCOLARE
P.O. "Spirito Santo" - Pescara

Timbro e firma per accettazione

SAMSUNG ELECTRONICS ITALIA SPA
Il collaudatore

SAMSUNG ELECTRONICS ITALIA SPA - Via Mike Bongiorno, 9 - 20124 Milano - Tel. 02.921891 - Fax 02.92141801