



Proposta N° 946 del 12/09/2015

DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO

N° 895 del 13 SET. 2016

OGGETTO: Liquidazione fattura ditta Mast Medical di Cagliari per fornitura barelle, lampade scialitiche e arredi vari da destinare all'U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Lanusei. Fondi FSC 2007-2013. CUP B24B12000030001 – CIG 65872155C7

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n° 346 del 14.08.2015 modificata con delibera n° 351 del 27.08.2015 avente ad oggetto "Atto interpretativo ed applicativo sulle competenze gestionali dei dirigenti ai sensi dell' art. 4 del d.lgs. n. 165/2001 e dell'art. 54 dell'atto aziendale";

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario n° 55 del 15.02.2016 avente ad oggetto "Conferimento degli incarichi di direttori di struttura complessa. Area amministrativa e tecnica" ;

ACCERTATO che la RAS ha assegnato alla ASL di Lanusei, il finanziamento di € 500.000,00 a valere sui fondi in conto capitale FSC (Fondi di Sviluppo e Coesione) anni 2007/2013 di cui alla delibera di G.R. n° 32/26 del 07/08/2014 e alla convenzione RAS del 18/12/2014 intervento 93-12-30B , finalizzato all'acquisto di attrezzature sanitarie e non sanitarie, apparecchiature e arredi vari - CUP B24B12000030001;

PRESO ATTO che sono in fase di conclusione i lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso del P.O. di Lanusei per cui si è reso necessario procedere all'espletamento della gara per l'allestimento dei locali conformemente alle indicazioni previste dalle schede di accreditamento, ivi compresi attrezzature ed arredi di vario genere;

CONSIDERATO che gli articoli oggetto della richiesta sono reperibili attraverso la piattaforma Consip che prevede varie forme di acquisizione tramite la vetrina della Convenzioni e il MEPA (Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione), strumenti posti a disposizione del programma per la razionalizzazione degli acquisti nella P.A. allo specifico fine di ottimizzare tempi e qualità della procedure di acquisto e in considerazione del fatto che tutte le disposizioni relative alla cosiddetta "spending review" impongono l'obbligo, alla P.A., di fare ricorso agli acquisti sul MEPA o tramite adesione alle Convenzioni Consip;

RICHIAMATA la deliberazione del Commissario Straordinario n. 401 del 12/11/2015 avente ad oggetto "Deliberazione a contrarre, a mezzo di procedura in economia, da espletare mediante diverse RdO sul MePA per le attrezzature e arredi occorrenti alla U.O. Pronto Soccorso del P.O. di Lanusei. CUP B24B12000030001";

RICHIAMATA altresì la determina n° 128 del 09/02/2016 con la quale è stata aggiudicata la RDO n° 1097465, limitatamente al lotto n. 1, alla ditta Mast Medical di Cagliari per la fornitura di arredi e attrezzature vari necessari per l'allestimento del nuovo reparto ivi compresi: barelle, lampade scialitiche e sollevamatali, che ha proceduto ad effettuare la fornitura di che trattasi al prezzo complessivo di € 57.454,00 oltre all'IVA come per legge;

VISTA la fattura n° TD01 29/PA del 28/06/2016 dell'importo di € 70.093,88 IVA compresa emessa dalla ditta Mast Medical di Cagliari e relativa alla fornitura di attrezzature e arredi (barelle, lampade scialitiche, sollevamatali etc.) occorrenti per l'U.O. di Pronto Soccorso del P.O. di Lanusei;



ACCERTATO che la fornitura è stata regolarmente effettuata, che la merce è arrivata e, una volta installata, è risultata perfettamente funzionante e conforme a quanto ordinato;

RITENUTO di dover procedere alla liquidazione della sopraccitata fattura precisando che la spesa dovrà gravare sui fondi assegnati nel piano FSC 2007/2013 di cui alla delibera di Giunta Regionale n° 32/26 del 07/08/2014;

VISTA la regolarità degli atti istruttori compiuti e la legittimità degli stessi;

VISTA la L.R. n.ro 10/2006

VISTO il D.Lgs. n.ro 229/99 e successive modificazioni;

D E T E R M I N A

Per i motivi esposti in premessa:

- di liquidare la fattura n° TD01 29/PA del 28/06/2016 dell'importo di € 70.093,88 IVA compresa emessa dalla ditta Mast Medical di Cagliari e relativa alla fornitura di attrezzature e arredi (barelle, lampade scialitiche, sollevamalati etc.) occorrenti per l'U.O. di Pronto Soccorso del P.O. di Lanusei;
- di precisare che alla spesa si farà fronte sui fondi assegnati nel piano FSC 2007/2013 di cui alla delibera di Giunta Regionale n° 32/26 del 07/08/2014;
- Di attestare che il presente atto è conforme al piano di rientro di cui alla D.G.R. n. 63/24 del 15/12/2015;
- Di incaricare dell'esecuzione del presente provvedimento il Servizio Acquisti ed il Servizio Bilancio ciascuno per gli adempimenti di propria competenza.
- Di dichiarare il presente atto urgente ed immediatamente esecutivo;

L'Estensore
Sig.ra Giuseppina Foddis

Il Direttore del Servizio Provveditorato

Dr. Virgilio Frau



Proposta N° 945 del 12/09/2016

DETERMINA DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO PROVVEDITORATO

N° 895 del 13 SET. 2016

Il Responsabile del Servizio Affari Generali certifica che la presente determinazione è pubblicata nell'Albo Pretorio di questa Amministrazione per la durata di giorni 15 con decorrenza dal

13 SET. 2016



A.S.L. n° 4 - LANUSEI
Il Direttore del Servizio Affari Generali e Legali
Dr. Antonio Mario Priamo Loi

Protocollo n° PG/2016/ 19010 del 12 SET. 2016

DESTINATARI:

- Servizio AA.GG. e Legali
- Commissario Straordinario
- Collegio Sindacale
- Servizio Bilancio
- Direzione Sanitaria

1 3 2018

1 3 2018



1 3 2018

FATTURA ELETTRONICA

Versione 1.1

Dati relativi alla trasmissione

Identificativo del trasmittente: IT03007340924
 Progressivo di invio: 63
 Formato Trasmissione: SDI11
 Codice Amministrazione destinataria: UFSZAO

Dati del cedente / prestatore**Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT03007340924
 Codice fiscale: 03007340924
 Denominazione: MAST MEDICAL SRL
 Regime fiscale: RF01 (ordinario)

Dati della sede

Indirizzo: LOC. PILL'E MATTA, SNC
 CAP: 09044
 Comune: Quartucciu
 Provincia: CA
 Nazione: IT

Servizio Prowveditorato
 Cespite N° DA 10130
 A 10153

Dati di iscrizione nel registro delle imprese

Provincia Ufficio Registro Imprese: CA
 Numero di iscrizione: 239470
 Capitale sociale: 10000.00
 Numero soci: SM (più soci)
 Stato di liquidazione: LN (non in liquidazione)

ASL N°4 LANUSEI - SERVIZIO ACQUISTI
 Prot. N° 5547 del 25/07/2016
 Prima Nota 45645
 Cod. fornitore/creditore N° 15475
 Conto A102020401 € 69.130,08
A102020501 € 963,90
 R.I. C/Capitale FONDI FSC
 Prog. N° _____ Aut. N° 2015/62

Recapiti

Telefono: 070852045
 Fax: 0708289258
 E-mail: info@mastmedical.it

Dati del cessionario / committente**Dati anagrafici**

Identificativo fiscale ai fini IVA: IT00978060911
 Codice Fiscale: 00978060911
 Denominazione: Asl 4 Lanusei

ORD 1800
 B. 47

Dati della sede

Indirizzo: Via Piscinas 5
 CAP: 08045
 Comune: Lanusei
 Provincia: OG
 Nazione: IT

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it

Dati generali del documento

Tipologia documento: TD01 (fattura)
 Valuta importi: EUR
 Data documento: 2016-06-28 (28 Giugno 2016)
 Numero documento: 29/PA
 Importo totale documento: 70093.88

Dati dell'ordine di acquisto

Identificativo ordine di acquisto: 3463
 Data ordine di acquisto: 2016-02-11 (11 Febbraio 2016)
 Codice Unitario Progetto (CUP): B24B12000030001
 Codice Identificativo Gara (CIG): 65872155C7

Dati del documento di trasporto

Numero DDT: 32/2016 ✓
 Data DDT: 2016-05-18 (18 Maggio 2016)

Numero DDT: 36/2016
 Data DDT: 2016-06-09 (09 Giugno 2016)

Numero DDT: 42/2016 ✓
 Data DDT: 2016-06-21 (21 Giugno 2016)

Dati relativi alle linee di dettaglio della fornitura**Nr. linea: 1****Codifica articolo**

Tipo: INTERNO
 Valore: (NOTA)
 Descrizione bene/servizio: Rif. Doc. di trasporto 32/2016 del 18/05/2016: Rif. Doc. di trasporto 36/2016 del 09/06/2016: Rif. Doc. di trasporto 42/2016 del 21/06/2016:
 Valore unitario: 0.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 3**Codifica articolo**

Tipo: INTERNO
 Valore: (NOTA)
 Descrizione bene/servizio: Vostro Ordine Protocollo n. 3463 del 11/02/2016. RDO MEPA N. 1097465 DEL 21/01/2016 - Determina n. 128 del 09/02/2016. CIG 65872155C7 CUP B24B12000030001.
 Valore unitario: 0.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 5**Codifica articolo**

Tipo: INTERNO
 Valore: P800HV000147
 Descrizione bene/servizio: Barella Strecher Procedural-IVT3-PT P8000 Hill-Rom S/n: HRP002591292 - HRP002591544 - HRP002591542 - HRP002591546 - HRP002591741 - HRP002591743. complete di : n. 7 KM1221907512.5 MATERASSO BARELLA 190X75X12,5
 Quantit : 6.00
 Unit  di misura: pz ✓
 Valore unitario: 2995.00
 Valore totale: 17970.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 6

Descrizione bene/servizio: BARELLA P8005 hILL-ROM s/N HRP002276154

Quantità: 1.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 2050.00
 Valore totale: 2050.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 8

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: 2440035
 Descrizione bene/servizio: Sollevatore VIKING M S/n: 9203185 - 9203166
 Quantità: 2.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 2100.00
 Valore totale: 4200.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 9

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: 3526115
 Descrizione bene/servizio: Imbragatura Soft Orig. H.B Sling M
 Quantità: 2.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 0.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 10

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: RB1
 Descrizione bene/servizio: Coperta Termica per Rianimazione E.T.I Cm 166x80x4 Inditherm S/n 15/15974R
 Quantità: 1.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 2650.00
 Valore totale: 2650.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 11

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: (NOTA)
 Descrizione bene/servizio: .
 Valore unitario: 0.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 12

Descrizione bene/servizio: Lampada Scialitica Lucea 100 Maquet. S/n 500017 - S/n 500018
 Quantità: 2.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 6752.00
 Valore totale: 13504.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 14

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: P8040
 Descrizione bene/servizio: Barella Trauma P 8040 Hill-Rom completa di accessori. S/n HRP002616878, HRP002616609, HRP002616877, HRP002616610.
 Quantità: 4.00

Unità di misura di misura: pz
Valore unitario: **4020.00**
Valore totale: **16080.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 15

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
Valore: P27601
Descrizione bene/servizio: Portabombola
Quantità: **4.00**
Unità di misura di misura: pz
Valore unitario: **105.00**

Sconto/Maggiorazione

Tipo: SC (sconto)
Percentuale (%): **50.00**
Valore totale: **210.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 16

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
Valore: P490B
Descrizione bene/servizio: Tavolino Paziente
Quantità: **2.00**
Unità di misura di misura: pz
Valore unitario: **145.00**
Valore totale: **290.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 17

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
Valore: P350CTM07
Descrizione bene/servizio: Tavolo porta Monitor
Quantità: **2.00**
Unità di misura di misura: pz
Valore unitario: **250.00**
Valore totale: **500.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 18

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
Valore: P142SC
Descrizione bene/servizio: Cuscino
Quantità: **6.00**
Unità di misura di misura: pz
Valore unitario: **61.00**

Sconto/Maggiorazione

Tipo: SC (sconto)
Percentuale (%): **100.00**
Valore totale: **0.00**
IVA (%): **22.00**

Nr. linea: 19

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
Valore: P344CT
Descrizione bene/servizio: Supporto braccio
Quantità: **6.00**

Unità di misura: pz
 Valore unitario: 215.00

Sconto/Maggiorazione

Tipo: SC (sconto)
 Percentuale (%): 100.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 20

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: HDFT
 Descrizione bene/servizio: Coppia maniglie scomparsa
 Quantità: 11.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 441.60

Sconto/Maggiorazione

Tipo: SC (sconto)
 Percentuale (%): 100.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 21

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: 25ONE
 Descrizione bene/servizio: Asta porta flebo
 Quantità: 11.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 269.60

Sconto/Maggiorazione

Tipo: SC (sconto)
 Percentuale (%): 100.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 22

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: 4SBS
 Descrizione bene/servizio: Pedali freno 4 lati
 Quantità: 4.00
 Unità di misura: pz
 Valore unitario: 334.00

Sconto/Maggiorazione

Tipo: SC (sconto)
 Percentuale (%): 100.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Nr. linea: 27

Codifica articolo

Tipo: INTERNO
 Valore: (NOTA)
 Descrizione bene/servizio: Consegna del Bene: Asl 4 Lanusei P.O. Nostra Signora della Mercede - Via
 Ospedale 08045 Lanusei
 Valore unitario: 0.00
 Valore totale: 0.00
 IVA (%): 22.00

Dati di riepilogo per aliquota IVA e natura

Aliquota IVA (%): **22.00**
Totale imponibile/importo: **57454.00**
Totale imposta: **12639.88**
Esigibilità IVA: **S** (scissione dei pagamenti)
Riferimento normativo: **Aliq. 22% con scissione pagamenti**

Dati relativi al pagamento

Condizioni di pagamento: **TP02** (pagamento completo)

Dettaglio pagamento

Modalità di pagamento: **MP05** (bonifico)
Data scadenza pagamento: **2016-08-28** (28 Agosto 2016)
Importo: **57454.00**
Istituto finanziario: **Banca Intesa Sanpaolo SpA**
Codice IBAN: **IT93J0306904863100000001725**

Versione prodotta con foglio di stile SdI www.fatturapa.gov.it



MAST MEDICAL SRL

LOC. PILL'E MATTA, SNC - 09044 Quartucciu (CA) - Italy

Tel. 070852045 Fax 0708289258

e-mail: info@mastmedical.it Pec: info@pec.mastmedical.it Internet: www.mastmedical.it

C.F./P.Iva 03007340924 Reg. imprese CA 239470

CAPITALE SOCIALE € 10.000,00

Doc. di trasporto nr. **32/2016** del **18/05/2016**

Destinatario

Asl 4 Lanusei
Via Piscinas 5
08045 Lanusei (OG)
Italia

C.F./P.Iva 00978060911

Destinazione

Asl 4 Lanusei
Via Piscinas 5
08045 Lanusei (OG)
Italia

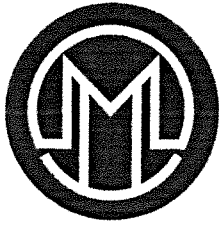
Codice	Descrizione	Quantità
Vostro Ordine Protocollo n. 3463 del 11/02/2016. RDO MEPA N. 1097465 DEL 21/01/2016 - Determina n. 128 del 09/02/2016. CIG 65872155C7 CUP B24B12000030001.		
P8000HV000	Barella Strecher Procedural-IVT3-PT P8000 Hill-Rom S/n: HRP002591292 - HRP002591544 - HRP002591542 - HRP002591546 - HRP002591741 - HRP002591743. BARELLA P8005 hILL-ROM s/N HRP002276154	6 pz 1 pz
KM12219075	MATERASSO BARELLA 190X75X12,5	7 pz
2440035	Sollevatore VIKING M S/n: 9203185 - 9203166	2 pz
3526115	Imbragatura Soft Orig. H.B Sling M	2 pz
RB1	Coperta Termica per Rianimazione E.T.I Cm 166x80x4 Inditherm S/n 15/15974R	1 pz

Consegna del Bene: Asl 4 Lanusei P.O. Nostra Signora della Mercedes - Via Ospedale 08045 Lanusei

OSPEDALE LANUSEI
UFFICIO TECNICO
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°4
VIA OSPEDALE 08045 LANUSEI

Incaricato del trasporto Massidda Trasporti		Causale del trasporto C/Vendita		Firma incaricato del trasporto <i>Massidda</i>	
Nr. colli	Peso	Aspetto esteriore dei beni	Porto	Data e ora inizio trasporto 19/05/2016	Firma destinatario <i>Massidda</i>

Acconto Fornitura



MAST MEDICAL SRL

LOC. PILL'E MATTA, SNC - 09044 Quartucciu (CA) - Italy
 Tel. 070852045 Fax 0708289258
 e-mail: info@mastmedical.it Pec: info@pec.mastmedical.it Internet: www.mastmedical.it
 C.F./P.Iva 03007340924 Reg. imprese CA 239470
 CAPITALE SOCIALE € 10.000,00

Doc. di trasporto nr. **42/2016** del **21/06/2016**

Destinatario

Asl 4 Lanusei
 Via Piscinas 5
 08045 Lanusei (OG)
 Italia

C.F./P.Iva 00978060911

Destinazione

Asl 4 Lanusei
 Via Piscinas 5
 08045 Lanusei (OG)
 Italia

Codice	Descrizione	Quantità
--------	-------------	----------

Vostro Ordine Protocollo n. 3463 del 11/02/2016. RDO MEPA N. 1097465 DEL 21/01/2016 -
 Determina n. 128 del 09/02/2016. CIG 65872155C7 CUP B24B12000030001.

P8040	Barella Trauma P 8040 Hill-Rom completa di accessori. S/n HRP002616878, HRP002616609, HRP002616877, HRP002616610.	4 pz
P27601	Portabombola	2 pz
P490B	Tavolino Paziente	2 pz
P350CTM07	Tavolo porta Monitor	2 pz
P142SC	Cuscino	6 pz
P344CT	Supporto braccio	6 pz

Consegna del Bene: Asl 4 Lanusei P.O. Nostra Signora della Mercedes - Via Ospedale 08045 Lanusei

Incaricato del trasporto		Causale del trasporto		Firma incaricato del trasporto	
Nr. colli	Peso	Aspetto esteriore dei beni	Porto	Data e ora inizio trasporto	Firma destinatario

Completamento Fornitura

OSPEDALE LANUSEI
 UFFICIO TECNICO
 AZIENDA SANITARIA LOCALE N°4
 Via Ospedale 08045 LANUSEI

Hill-Rom**Documento di
Trasporto**

Cod. spedizione 11749467



OA cliente: 0916MM

Numero ordine S4 15331322

Numero Carico 21747

Sequenza Fermate 8

Numero rimorchio 4067

Numero di telefono +34 09255265

Dep./Fabb 99630

MOT LCL Less than Container Load

N. vettore CUSTOMER

Data Spedizione 10-JUN-2016

Cons. da: HILL ROM SPA-ITALY
ZI DU TALHOUET BP14
56330 PLUVIGNERDestin: MAST MEDICAL SRL
LOCALITA' PILL'E MATTA
09044 QUARTICCIU
Italia

N° Tel. Referente 39 0295054240

Spedizione a
N° Telefono
N° Principale

Linea Numero	Art Numero	Art Descrizione	Classe Carico	Qta Spedita	Back Ordered	UDM
6,000	ETRANSTAR	TRANSTAR PROCEDURAL STRETCHER				UN
6,001	P8040HV000034	STRETCHER TRAUMA		4		UN
6,002	P1430TBU3	3" STRETCHER MATTRESS,26W - UK		4		UN
6,003	145389	USR.MAN-TRANSPORT STRETCHER,IT		1		UN

CLAUSOLA DI GARANZIA DA EVENTUALI - RESPONSABILITA' DI TRASPORTO: QUESTO DOCUMENTO E' FORNITO IN SOSTITUZIONE DI UNA POLIZZA DI CARICO. TUTTI I TERMINI E LE CONDIZIONI DELLA POLIZZA DI CARICO DIRETTA E LE TARIFFE APPLICABILI E LA CLASSIFICAZIONE SONO EFFETTIVE IN DATA INDICATA QUI SOTTO

TERMINI E CONDIZIONI - A VOSTRA PROTEZIONE

Articoli danneggiati - questi articoli dovrebbero essere rifiutati e non accettati fino al momento in cui il corriere della compagnia di trasporto non abbia notato sulla nota di carico la natura e la portata del danno. La compagnia di trasporto ha il dovere di fornire la nota di carico in allegato. Allo stesso modo, se un qualsiasi tipo di articolo viene PERSO durante il trasporto, occorre accertarsi che i prodotti mancanti siano segnalati sul documento di trasporto dal corriere.

Danno occulto - Nel caso in cui si verifichi un danno di natura tale da non poter essere riconosciuto fino al momento in cui i prodotti vengono aperti, contattare il vostro Rappresentante della Hill-Rom.

TUTTE LE PROBLEMATICHE LEGATE A DANNI NON VISIBILI AL MOMENTO DELLA CONSEGNA, DEVONO ESSERE RIPORTATE AD HILL-ROM ENTRO 3 GIORNI DALLA DATA DI CONSEGNA.

Remarques :

16/06/2016
 SIDA

OSPEDALE LANUSEI
 UFFICIO TECNICO
 AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2
 VIA OSPEDALE 08045 LANUSEI

Exceptions :

Glu' 8

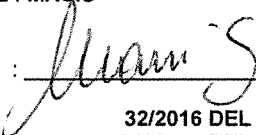
SECRET

SECRET

CONFIDENTIAL

CONFIDENTIAL

CLIENTE : ASL LANUSEI p.o. Ns.S. Della Mer. **DATA COLLAUDO IN USCITA :** 19/05/2016
INDIRIZZO : VIA OSPEDALE **PRODOTTO :** P8000 - P8005 - VIKING M
REPARTO : P.SOCCORSO e RIANIMAZIONE **TOTALE LOTTO (se più prodotti dello stesso tipo) :** 6 + 1 + 2
TEL - FAX : **PRODOTTO N. SERIE PRODOTTO/I :** Vedi allegato (tutti i numeri se più prodotti)
DECORRENZA CONTR. MANUT : **TIPO CONTRATTO MANUTENZIONE :** Performance On Schedule
DECORRENZA GARANZIA : ODIERNA **VALIDITA' GARANZIA MESI (12) :** DODICI

OPERAZIONI EFFETTUATE	COLLAUDO EFFETTUATO DAL TECNICO :
<input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA CONFORMITA' ALL'ORDINE <input checked="" type="checkbox"/> CONTROLLO FUNZIONALE come da CHECK LIST HR <input checked="" type="checkbox"/> DIFETTI ESTETICI <input checked="" type="checkbox"/> TEST SICUREZZA <input checked="" type="checkbox"/> INSERIMENTO ALLARMI (se previsti) <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA IMBALLAGGIO	NOME : STEFANO COGNOME : MACIS FIRMA : 
DOCUMENTI <input checked="" type="checkbox"/> CONTROLLO ETICHETTE <input checked="" type="checkbox"/> MANUALE USO <input checked="" type="checkbox"/> MANUALE TECNICO (se richiesto) <input checked="" type="checkbox"/> DICHIARAZIONE CONFORMITA' <input checked="" type="checkbox"/> TEST SICUREZZA ELETTRICA (per le apparecchiature consegnate dalla produzione Hill-Rom direttamente al cliente non è disponibile lo stampato, ma il test è stato regolarmente effettuato come previsto da DDM 93/42)	DDT n°: 32/2016 DEL 18/05/2016 Vs. ORDINE : 3463 DEL 11/02/2016 CIG: 65872155C7

PERSONALE HILL-ROM PRESENTE AL COLLAUDO PRESSO IL CLIENTE

FUNZIONE

SERVIZIO TECNICO **NOME COGNOME :** STEFANO MACIS
 SERVIZIO VENDITE **FIRMA :** 

ISTRUZIONE UTILIZZO PRODOTTO EFFETTUATA ALLA/E PERSONA/E	LISTA PUNTI ISTRUZIONE
LISTA NOMI - INCARICO- FIRMA (allegare eventuale doc. se addestrate più persone) FIRME :	
>	<input checked="" type="checkbox"/> CONOSCENZA GENERALE PRODOTTO
>	<input checked="" type="checkbox"/> MANUALE USO e PUNTI SICUREZZA
>	<input checked="" type="checkbox"/> CONOSCENZA ALLARMI
>	<input checked="" type="checkbox"/> CONOSCENZA RCP ed EMERGENZE
>	<input checked="" type="checkbox"/> PULIZIE E DISINFEZIONE APPARECCH.
>	<input type="checkbox"/> CONOSCENZA FUNZIONI PARTICOLARI

REFERENTE CLIENTE PER RICHIESTE DI ASSISTENZA TECNICA AD HILL-ROM S.p.A :
NOME : PIROOM Mario Prim. Endosepsal
COGNOME : ASSUNTA RABONAU Prim. Rianimazione
INCARICO :
TEL - FAX :

FIRMA/TIMBRO CLIENTE PER ACCETTAZIONE

FIRMA ADDETTO HILL-ROM
 MAST P 
 **COPIA CLIENTE**
 ASSISTENZA TECNICA

NB: il presente documento in duplice copia documenta l'avvenuto collaudo e convalida la GARANZIA sul prodotto.
 Allegato: specifiche GARANZIA PRODOTTI HILL-ROM

Hill-Rom S.p.A. Via Ambrosoli 6- 20090 Rodano MI Tel -+39-02-950541 r.a Fax- +39- 02- 953528578
 Cap. Soc L.1.000.000.000 i.v - P.Iva -08817300158 Rag. Soc. Trib. Milano n.271448- Vol. 7018- Fasc.48
 C.C.I.A.A Milano n. 1248598

ASSISTENZA TECNICA tel : 02-95054295 Fax : 02-95054326 email : assistenza_tecnica@hill-rom.com

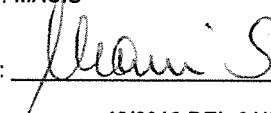
GARANZIA PRODOTTI HILL-ROM

1. Hill-Rom S.p.A. applica ai suoi prodotti una garanzia della durata di mesi dodici o ventisei come previsto da D.L. 1999-44-CE del 02-02-02 dalla data di consegna al cliente o dalla data risultante sul verbale di collaudo Hill-Rom controfirmato dal cliente (Hill-Rom potrà accordare durate differenti del periodo di garanzia, documentabili dall'accettazione incondizionata dei capitolati speciali)
2. Il collaudo sopracitato deve essere effettuato non oltre i 15 giorni lavorativi dalla data di consegna del prodotto.
Casi specifici dovranno essere concordati al momento dell'ordine con Hill-Rom S.p.A.
Se il verbale di collaudo Hill-Rom, non viene controfirmato per accettazione dal cliente, la motivazione deve essere oggettivamente.
Nel caso si verifichi tale condizione il prodotto Hill-Rom non potrà essere utilizzato presso il reparto, poiché questa omissione comporta automaticamente l'invalidazione della GARANZIA.
3. Hill-Rom S.p.A. nel periodo di garanzia sostituisce gratuitamente le parti di ricambio o componenti che risultano difettosi o danneggiati per mal funzionamento attribuibile al prodotto.
4. Nel caso sopracitato Hill-Rom S.p.A. si fa carico anche dell'eventuale costo della manodopera e spese di spedizione, se dovesse essere richiesto l'invio del prodotto presso una sede Hill-Rom.
5. I componenti /ricambi danneggiati per i quali viene decisa la sostituzione diverranno di proprietà Hill-Rom che si riserva il diritto di ritirarle o distruggerle (previa visione del cliente) a tutela della divulgazione della tecnologia in esse contenute.
6. La sostituzione o riparazione di componenti o ricambi in garanzia sono valutati e attuati da personale Hill-Rom o autorizzato da Hill-Rom.
7. Se durante l'intervento tecnico eseguito da Hill-Rom nel periodo di garanzia a seguito di chiamata del cliente, si rendesse necessaria la sostituzione o riparazione di parti di ricambio, componenti danneggiati per incuria, dolo o uso non previsto dal Manuale Uso e Manuale Tecnico, questi verranno fatturati come da listino Hill-Rom comprendendo ore di viaggio e manodopera.
8. Le richieste di intervento tecnico nel periodo di garanzia, a seguito delle quali il tecnico non riscontrasse alcuna anomalia del prodotto o mal funzionamento verranno da Hill-Rom S.p.A. fatturate.
9. Le uscite su vostra segnalazione, al seguito delle quali il tecnico non riscontrasse anomalie o mal funzionamenti del prodotto vi verranno da Hill-Rom S.p.A. fatturate.
10. Le richieste di intervento tecnico dovranno essere effettuate dal personale dell'Uff. Tecnico, Ingegneria Clinica, Tecnologie Sanitarie o uffici preposti onde evitare incomprensioni sull'entità dell'anomalia segnalata o sottovalutazione di possibili rischi per paziente o operatore (DDM 93/42)
11. Nel caso di richiesta di intervento tecnico garanzia, segnalare sempre il nome della persona dell'ufficio referente o di una persona che ha ricevuto la formazione sul prodotto da Hill-Rom S.p.A.
12. Le richieste di intervento tecnico in garanzia, verranno evase nei tempi e modalità stabilite da Hill-Rom S.p.A. se non risultante altra modalità richiesta e concordata in fase di offerta, conferma ordine.
13. Se la presunta anomalia o malfunzionamento è attribuibile ad una non conoscenza del prodotto, vi chiediamo di segnalarcelo, in modo che Hill-Rom S.p.A. possa inviare una persona preposta alla formazione dell'utilizzatore.
14. Le visite manutentive preventive previste dal Manuale Tecnico, sono eseguite da Hill-Rom se richieste dal cliente e non rientrando nella copertura della garanzia verranno quindi fatturate.

Certi di avervi fornito informazioni utili, inerenti il periodo di garanzia dei nostri prodotti cogliamo l'occasione per porgervi distinti saluti

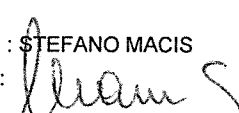
Hill-Rom S.p.A.

CLIENTE : ASL LANUSEI p.o. Ns.S. Della Mer. DATA COLLAUDO IN USCITA : 22/06/2016
 INDIRIZZO : VIA OSPEDALE PRODOTTO : P8040
 REPARTO : P.SOCCORSO TOTALE LOTTO (se più prodotti dello stesso tipo) : 4
 TEL - FAX : PRODOTTO N. SERIE PRODOTTO/I : Vedi allegato
 (tutti i numeri se più prodotti)
 DECORRENZA CONTR. MANUT : TIPO CONTRATTO MANUTENZIONE : Performance On Schedule
 DECORRENZA GARANZIA : ODIERNA VALIDITA' GARANZIA MESI (12) : DODICI

<p>OPERAZIONI EFFETTUATE</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA CONFORMITA' ALL'ORDINE <input checked="" type="checkbox"/> CONTROLLO FUNZIONALE come da <u>CHECK LIST HR</u> <input checked="" type="checkbox"/> DIFETTI ESTETICI <input checked="" type="checkbox"/> TEST SICUREZZA <input checked="" type="checkbox"/> INSERIMENTO ALLARMI (se previsti) <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICA IMBALLAGGIO</p> <p>DOCUMENTI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CONTROLLO ETICHETTE <input checked="" type="checkbox"/> MANUALE USO <input checked="" type="checkbox"/> MANUALE TECNICO (se richiesto) <input checked="" type="checkbox"/> DICHIARAZIONE CONFORMITA' <input checked="" type="checkbox"/> TEST SICUREZZA ELETTRICA (per le apparecchiature consegnate dalla produzione Hill-Rom direttamente al cliente non è disponibile lo stampato, ma il test è stato regolarmente effettuato come previsto da DDM 93/42)</p>	<p>COLLAUDO EFFETTUATO DAL TECNICO :</p> <p>NOME : STEFANO COGNOME : MACIS FIRMA : </p> <p>DDT n°: 42/2016 DEL 21/06/2016 Vs. ORDINE : 3463 DEL 11/02/2016 CIG: 65872155C7</p>
--	---

PERSONALE HILL-ROM PRESENTE AL COLLAUDO PRESSO IL CLIENTE

FUNZIONE

SERVIZIO TECNICO NOME COGNOME : STEFANO MACIS
 SERVIZIO VENDITE FIRMA : 

<p>ISTRUZIONE UTILIZZO PRODOTTO EFFETTUATA ALLA/E PERSONA/E LISTA NOMI - INCARICO- FIRMA (allegare eventuale doc. se addestrate più persone) FIRME :</p> <p>> > > > > ></p>	<p>LISTA PUNTI ISTRUZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> CONOSCENZA GENERALE PRODOTTO <input type="checkbox"/> MANUALE USO e PUNTI SICUREZZA <input type="checkbox"/> CONOSCENZA ALLARMI <input type="checkbox"/> CONOSCENZA RCP ed EMERGENZE <input type="checkbox"/> PULIZIE E DISINFEZIONE APPARECCH. <input type="checkbox"/> CONOSCENZA FUNZIONI PARTICOLARI</p>
--	--

<p>REFERENTE CLIENTE PER RICHIESTE DI ASSISTENZA TECNICA AD HILL-ROM S.p.A :</p> <p>NOME : COGNOME : INCARICO : TEL - FAX :</p>

FIRMA/TIMBRO CLIENTE PER ACCETTAZIONE

OSPEDALE LANUSEI
 UFFICIO TECNICO
 AZIENDA SANITARIA LOCALE N°4

FIRMA ADDETTO HILL-ROM

NB: il presente documento è valido solo in caso di collaudo e convalida la GARANZIA sul prodotto
 Allegato: specifiche GARANZIA PRODOTTI HILL-ROM

COPIA CLIENTE

Hill-Rom S.p.A. Via Ambrosoli 6- 20090 Rodano MI Tel +39-02-950541 r.a Fax- +39- 02- 953528578
 Cap. Soc L.1.000.000.000 i.v - P.Iva -08817300158 Rag. Soc. Trib. Milano n.271448- Vol. 7018- Fasc.48
 C.C.I.A.A Milano n. 1248598

MAST ML

ASSISTENZA TECNICA tel : 02-95054295 Fax : 02-95054326 email : assistenza_tecnica@hill-rom.com




GARANZIA PRODOTTI HILL-ROM

1. Hill-Rom S.p.A. applica ai suoi prodotti una garanzia della durata di mesi dodici o ventisei come previsto da D.L. 1999-44-CE del 02-02-02 dalla data di consegna al cliente o dalla data risultante sul verbale di collaudo Hill-Rom controfirmato dal cliente (Hill-Rom potrà accordare durate differenti del periodo di garanzia, documentabili dall'accettazione incondizionata dei capitolati speciali)
2. Il collaudo sopracitato deve essere effettuato non oltre i 15 giorni lavorativi dalla data di consegna del prodotto.
Casi specifici dovranno essere concordati al momento dell'ordine con Hill-Rom S.p.A.
Se il verbale di collaudo Hill-Rom, non viene controfirmato per accettazione dal cliente, la motivazione deve essere oggettivamente.
Nel caso si verifichi tale condizione il prodotto Hill-Rom non potrà essere utilizzato presso il reparto, poiché questa omissione comporta automaticamente l'invalidazione della GARANZIA.
3. Hill-Rom S.p.A. nel periodo di garanzia sostituisce gratuitamente le parti di ricambio o componenti che risultano difettosi o danneggiati per mal funzionamento attribuibile al prodotto.
4. Nel caso sopracitato Hill-Rom S.p.A. si fa carico anche dell'eventuale costo della manodopera e spese di spedizione, se dovesse essere richiesto l'invio del prodotto presso una sede Hill-Rom.
5. I componenti /ricambi danneggiati per i quali viene decisa la sostituzione diverranno di proprietà Hill-Rom che si riserva il diritto di ritirarle o distruggerle (previa visione del cliente) a tutela della divulgazione della tecnologia in esse contenute.
6. La sostituzione o riparazione di componenti o ricambi in garanzia sono valutati e attuati da personale Hill-Rom o autorizzato da Hill-Rom.
7. Se durante l'intervento tecnico eseguito da Hill-Rom nel periodo di garanzia a seguito di chiamata del cliente, si rendesse necessaria la sostituzione o riparazione di parti di ricambio, componenti danneggiati per incuria, dolo o uso non previsto dal Manuale Uso e Manuale Tecnico, questi verranno fatturati come da listino Hill-Rom comprendendo ore di viaggio e manodopera.
8. Le richieste di intervento tecnico nel periodo di garanzia, a seguito delle quali il tecnico non riscontrasse alcuna anomalia del prodotto o mal funzionamento verranno da Hill-Rom S.p.A. fatturate.
9. Le uscite su vostra segnalazione, al seguito delle quali il tecnico non riscontrasse anomalie o mal funzionamenti del prodotto vi verranno da Hill-Rom S.p.A. fatturate.
10. Le richieste di intervento tecnico dovranno essere effettuate dal personale dell'Uff. Tecnico, Ingegneria Clinica, Tecnologie Sanitarie o uffici preposti onde evitare incomprensioni sull'entità dell'anomalia segnalata o sottovalutazione di possibili rischi per paziente o operatore (DDM 93/42)
11. Nel caso di richiesta di intervento tecnico garanzia, segnalare sempre il nome della persona dell'ufficio referente o di una persona che ha ricevuto la formazione sul prodotto da Hill-Rom S.p.A.
12. Le richieste di intervento tecnico in garanzia, verranno evase nei tempi e modalità stabilite da Hill-Rom S.p.A. se non risultante altra modalità richiesta e concordata in fase di offerta, conferma ordine.
13. Se la presunta anomalia o malfunzionamento è attribuibile ad una non conoscenza del prodotto, vi chiediamo di segnalarcelo, in modo che Hill-Rom S.p.A. possa inviare una persona preposta alla formazione dell'utilizzatore.
14. Le visite manutentive preventive previste dal Manuale Tecnico, sono eseguite da Hill-Rom se richieste dal cliente e non rientrando nella copertura della garanzia verranno quindi fatturate.

Certi di avervi fornito informazioni utili, inerenti il periodo di garanzia dei nostri prodotti cogliamo l'occasione per porgervi distinti saluti

Hill-Rom S.p.A.



**Electronica
Bio Medicale srl**
a company of TBS Group

Via F. Bettini, 13
06034 FOLIGNO (Pg)
Tel. 0742/32661
Fax 0742/326632
www.ebm.it
info@ebm.it

Cliente:

ASL LANUSEI

24471/co

Data 26/05/16

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 10976/65 del 21/04/2016 la ASL LANUSEI, ha affidato alla Ditta MAST MEDICAL SRL la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
2456	LIXO	SOLLEVATORI	VIKING	9203183
2453	LIXO	SOLLEVATORI	VIKING	9203166

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO PRATICO SOCCORSO presso la Struttura: P.O. LANUSEI

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 23/05/16 con bolla nr. 22/2016 ed alla successiva installazione;
- Che occorre accertare, ove necessario in contraddittorio con la ditta fornitrice, l'avvenuta consegna/installazione ed il regolare funzionamento della/e apparecchiatura/edi cui sopra;

Per l'espletamento delle operazioni di collaudo il giorno 26/05/16 presso REPARTE sono convenuti i signori:

PADERI T Incaricato ASL;

MASSIDDA R Incaricato FRY;

_____ Incaricato _____;

_____ Incaricato _____;

I componenti, dato atto che la ditta sopra menzionata ha fornito a questa Azienda, la/e apparecchiatura/e richiamata/e in premessa, e che le medesime corrispondono a quelle descritte nell'ordine sopra specificato,

CERTIFICANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN PREMESSA:

- 1) sono state regolarmente installate (vedi allegati);
- 2) sono regolarmente funzionanti;
- 3) sono rispondenti alle normative tecniche vigenti, per quanto rilevato dalla documentazione prodotta e dalle prove effettuate (vedi allegati);
- 4) hanno correttamente superato le prove e le misure strumentali di accettazione previste dalla Norma CEI 62-122 (vedi allegati);
- 5) sono corredate di tutti i manuali d'uso e dei manuali tecnici;
- 6) possiedono le caratteristiche funzionali prescritte dalle normative vigenti;
- 7) sono state inventariate con i numeri precedentemente indicati;

Certificano inoltre che la ditta fornitrice ha regolarmente soddisfatto tutti gli adempimenti previsti dal contratto di fornitura.

CERTIFICANO CHE L'ESITO DEL COLLAUDO E' POSITIVO

Note _____

Letto, confermato e sottoscritto, per quanto di rispettiva competenza:

Il Responsabile/delegato della E.B.M. Srl [Signature]

Il Consegnatario del bene [Signature]

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

Il Responsabile della ditta fornitrice _____

In Allegato:

- Certificati Installazione ditta fornitrice
- Scheda di verifica e collaudo
- Attestato di formazione rilasciato al personale
- Verbale di presa in carico beni mobili
- Altro

SEALING

DATE: _____
TIME: _____

UNIT NO. _____
SERIAL NO. _____



VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

NUMERO _____

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____

Apparecchio	Modello	Quantità	Prodotto	Prodotto

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____

CERTIFICHANO CHE LE APPARECCHIATURE INDICATE IN FREMESSA

1. sono state sottoposte a collaudi di tipo _____
2. e sono risultate conformi alle norme _____
3. e sono state approvate per l'uso _____
4. e sono state consegnate a _____
5. e sono state consegnate a _____
6. e sono state consegnate a _____

CERTIFICHANO CHE IL RISULTATO DEL COLLAUDO È POSITIVO

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____

Il presente verbale è stato compilato in data _____ al _____



Dichiarazione di Conformità

Nome del fabbricante Hill-Rom Co.

Indirizzo del fabbricante 1069 State Route 46 East, Batesville, Indiana, 47006 USA

Nome del dispositivo Hill-Rom Barella

Numeri di modello P8000, P8005, P8010, P8020, P8040, P8050 (tutti i modelli possono essere contrassegnati con o senza una lettera "P")

Numeri di serie A partire dal 73D0000008 al 73D0000FKE1 (a partire 02/1996 al 09/05/1999
A partire dal A232TR0017 al A259TR10472 (09/06/1999 al 09/16/1999)
A259AN10503 – in poi (09/16/1999 fino ad oggi)

Il fabbricante dichiara che i dispositivi medici sopra indicati sono conformi alle disposizioni della direttiva europea sui dispositivi medici 93/42/EEC. Questi prodotti sono dispositivi di Classe I, secondo l'allegato 9 Articolo 1. La dichiarazione è basata sulla conformità con l'allegato VII.

La dichiarazione è basata su: (elenco degli standard armonizzati)

- Certificazione (o rapporto del Test) ad EN 60601-1:1990 + A1:1993 + A2:1995; IEC60601-1-2:2001 IEC 60601-2-38:1996 +A1:1999; IEC60601-1-4:2000 Ed 1.1 Underwriters Laboratories (UK) Ltd (NB No. 0843) certificazione del processo di fabbrica relative alla conformità necessaria dell'opzione bilancia e A.I.R.TM Treatment Surface.
- Underwriters Laboratories (UK) Ltd. Certificazione di impianto di fabbricazione Ritter conforme a EN ISO 13485: 2003.
- Documentazione tecnica in possesso del fabbricante.

Ente notificato: **Underwriters Laboratories (UK) Ltd (NB No. 0843)**
Wonersh House, The Guildway
Old Portsmouth Road, Guildford
Surrey GU3 1LR, UK

Rappresentante per l'Unione Europea: **Hill-Rom SAS**
B.P. 14 – Z.I. du Talhouet
56330 Pluvigner, France

Impianto di fabbricazione (OEM):

Hill-Rom Co., Inc.	Hill-Rom de Mexico S de RL CV
1069 State Route 46 E.	Ave. Del Telefono #200, Col Huinala
Batesville, IN 47006	66640, Apodaca, Nuevo Leon
USA	Mexico

Firma: _____

Nome: **John Halan**

Mike Doran

Titolo: **Codes and Standards Eng.**
(preparato da)

Vice President-QA/RA

Data: **17 Dicembre 2008**

17 Dicembre 2008

I gli ultimi cifre sono stati contatore esadecimale incrementale.

2 Y DDD PPCCCC dove Y = anno (A=1999, B=2000, . . . , F=2004); DDD = giorno dell'anno; PP=linea di prodotto (TR=Transtar); CCCC=Continuous Counter which rolls over (0001-9999). ESEMPIO: come A232TR0017 dove: A=anno 1999, 232=232 giorno dell'anno, TR=Transtar & 0017=Contare , 3 "AN" sostituiti "TR" come identificatore del modello Transtar.



DECLARATION OF CONFORMITY

Name of Manufacturer Liko AB
Address of Manufacturer Nedre vägen 100, 975 92 Luleå, SWEDEN
Name of Device Liko
Reference Viking - Uno
Model XS, S, M, L, XL - 101, 102, 200
Product Number 2040007, 2040006, 2040015, 2040014, 2040013,
2040033, 2040034, 2040035

I undersigned Daniel Ahlqvist, General Manager for Liko AB, declare hereby that the medical devices specified above are of class I and conform to the Essential Requirements listed in the annex I of the EC Directive 93/42/EEC.

This Declaration is Supported by:


- *Quality Certificate Delivered by* INTERTEK SEMKO AB – Kista – SWEDEN
EN ISO 9001:2008
EN ISO 13485:2003
- *Certificates and Test Reports Delivered by* INTERTEK SEMKO AB – Kista – SWEDEN
EN ISO 10535:2006 (including EN 60601-1:2006 parts referred by EN ISO 10535:2006)
EN 60601-1-2:2007
- *Risk Analysis Carried out According to*
EN ISO 14971:2007

Technical file compiled by the manufacturer

In-house tests carried out by the manufacturer

Place Luleå, Sweden

Date 2013-02-26


.....
Daniel Ahlqvist

