

Allegato n° 01 alla deliberazione
N° _____ del _____
Composto di n° 03 fogli A4 fr.

CERTIFICATO DI REGOLARE ESECUZIONE

Prot. NP/2018/ 53406 del 04/09/2018

Alla C.A. del RUP, *Dott.ssa Rosalba Muscas*

Direttore S.C. Area Giuridico Amministrativa di Oristano

e P.C. *Dott. Giorgio Piras*

Direttore S.C. Anestesia e Rianimazione

LORO SEDI

OGGETTO: Procedura negoziata per la fornitura di sistemi elettromedicali vari destinati alle UU.OO di Anestesia e Rianimazione dei PP.OO. "San Martino" di Oristano e "A.G. Mastino" di Bosa. Trasmissione Certificato di regolare esecuzione per la Fornitura N°1 sistema per induzione e gestione ipotermia terapeutica - Lotto 2 - CIG 69728398C4.

Premesso che:

- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano n.357 del 18/05/2017 veniva indetta procedura negoziata telematica sulla piattaforma CAT Sardegna per l'affidamento della fornitura di cui in oggetto suddivisa in 2 lotti di gara;
- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano N.451 del 12/06/2017 veniva nominata apposita commissione di gara;
- ✓ con Determinazione Direttore ASSL di Oristano N.2308 del 21/05/2018 veniva disposta la aggiudicazione dei lotti per la fornitura delle attrezzature di cui in oggetto specificatamente per il lotto 2 a favore della Ditta F.A.S.A. Srl per l'importo complessivo di €25.790,00 oltre Iva di legge per la fornitura di un sistema per la induzione e gestione ipotermia terapeutica marca *MTRE* modello *Criticool*;
- ✓ con la succitata Determinazione n.357 del 18/05/2017, ai sensi dell'art. 101, comma 1, del D.Lgs. n.50 del 18/04/2016, veniva nominato Direttore dell'esecuzione il sottoscritto Ing. Davide Angius, Dirigente della S.C. Ingegneria Clinica

Datto atto che in data 31/08/2018 la Ditta offerente ha fornito, posizionato e reso operative le

attrezzature oggetto di fornitura e meglio specificate nell'allegato verbale di collaudo

- ✓ Viste tutte le certificazioni inerenti la fornitura in esame presentate dalla Ditta FASA Srl depositate agli atti del Servizio Ingegneria Clinica.
- ✓ Visto gli allegati verbale di collaudo n.79/18 del 31/08/2018 redatto a cura del Servizio Ingegneria Clinica e facente parte integrante del presente documento

Tutto ciò premesso si attesta la conformità delle attrezzature fornite in relazione a quanto offerto alla Stazione Appaltante in sede di gara.

Si trasmette il presente verbale di regolare esecuzione per i successivi adempimenti di competenza

Cordiali Saluti

Il Dirigente della S.C. Ingegneria Clinica
Direttore dell'Esecuzione
Dr. Ing. Davide Angius



VERBALE DI COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI

ID COLLAUDO 79

Data 31/08/2018

[Modulo A - Rev. 00¹ del 25.09.2017]

RIFERIMENTO PRATICA

N° DET/DEL: 1907 del 29/05/2018 Ditta Fornitrice: FASH. SRL

Rif. Ordine di Acquisto 5-BI - 2018-26 del 31/05/18 Rif. DDT 001 del 26/06/2018 + 002 del 29/08/2018

Presidio: P.O. SAN MARTINO - OR Unità Operativa: ANESTESIA E RIANIMAZIONE

Note: _____

IDENTIFICAZIONE APPARECCHIATURA

N° Inventario Biomedicale: GSSZ N° Inventario Patrimoniale: _____

Apparecchiatura: SISTEMA PER INDUZIONE E GESTIONE IPOTERMIA TERAPEUTICA

Costruttore: MIRE

Modello: CRITICODL Matricola: 9991225100011

Causale acquisizione: ACQUISTO SERVICE NOLEGGIO LOCAZIONE LEASING DEMO

Durata Garanzia / Tipo: 30 MESI Durata Service / Noleggio / Locazione / Leasing / Demo: _____

APPARECCHIATURE A SISTEMA

N° INV. BIO	N° INV. Patr.	DESCRIZIONE	COSTRUTTORE	MODELLO	MATRICOLA

CONTROLLO VISIVO (Norma CEI EN 62353 : 2015 - 11)	SI	NO	NA
Integrità dell'imballaggio e assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	X		
Corrispondenza al tipo e al modello indicato nell'ordine	X		
Presenza del manuale d'uso e di servizio in lingua italiana	X		
Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento riferita alla configurazione/versione dell'apparecchiatura	X		
Manopole, dispositivi di comando e controllo, ruote, pulegge e freni correttamente funzionanti (esame a vista)	X		
Esistenza di condizioni di integrità e sicurezza meccanica (esame a vista)	X		
Presenza Interruttore di rete e conformità serigrafie di accensione (esame a vista)	X		
Integrità delle spine, dei cavi e dei connettori	X		

RISPONDE A DIRETTIVE E NORME TECNICHE	SI	NO	NA	DATI TECNICI
L'apparecchio è accompagnato da Attestato di Certificazione 93/42/CEE e s.m.i.	X			
Classe apparecchiatura (rif. Dir. 93/42/CEE e s.m.i.) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2a <input checked="" type="checkbox"/> 2b <input type="checkbox"/> 3				Tensione di alimentazione <u>230</u> [V]
L'apparecchio è marcato CE (rif. Dir. 'Compatibilità Elettromagnetica' 89/336 e s.m.i.)			X	Corrente assorbita <u>2,9</u> [A]
L'apparecchio è marcato CE (rif. Dir. 'Dispositivi Medici' 93/42/CEE e s.m.i.)	X			Potenza assorbita _____ [W]
L'apparecchio è marcato CE (rif. Dir. 'Dispositivi Medici Impiantabili' 90/385 e s.m.i.)			X	Potenza assorbita _____ [VA]
L'apparecchio è marcato CE con riferimento ad altra Direttiva (specificare)			X	Apparecchiatura
L'apparecchio possiede marchi di conformità esteri (specificare)			X	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Medicale</i> <input type="checkbox"/> <i>Laboratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>Non Medicale</i>
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali norme particolari				Classe elettrica
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 66-5 e alle eventuali norme particolari			X	<input checked="" type="checkbox"/> <i>Classe I</i> <input type="checkbox"/> <i>Classe II</i> <input type="checkbox"/> <i>Classe AI</i>
L'apparecchio è conforme ad altre norme CEI (specificare)			X	Grado di protezione
L'apparecchio è conforme alle norme IEC (specificare)			X	<input type="checkbox"/> <i>Tipo B</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Tipo BF</i> <input type="checkbox"/> <i>Tipo CF</i>
L'apparecchio è conforme alle norme UNI (specificare)			X	Morsetto
NOTE				<input type="checkbox"/> <i>Funzionale</i> <input type="checkbox"/> <i>Equipotenziale</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>N.A.</i>
				Cavo
				<input checked="" type="checkbox"/> <i>Separabile</i> <input type="checkbox"/> <i>Non separabile</i>
				Gas utilizzato per il funzionamento:

VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA	SI	NO	
VSE necessarie	X		Tecnico Esecutore 1 <u>FEDERICA TICCA</u>
Esito positivo	X		Tecnico Esecutore 2
Rif. Strumenti di misura	1		<u>FLUKE ESA 620</u> Data ultima taratura <u>28.05.2018</u>
	2		Data ultima taratura
	3		Data ultima taratura

VERIFICHE FUNZIONALI E PRESTAZIONALI

Alla presenza del "Responsabile di Presidio / Distretto / U.O. / Servizio" o suo delegato con il ruolo di DIRETTORE U.O.

1- GIORGIO PIRAS 2- _____ 3- _____

e dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale e prestazionale per le apparecchiature sopra indicate, che hanno dato luogo ai seguenti risultati:

	SI	NO
1) L'APPARECCHIATURA RISULTA PERFETTAMENTE FUNZIONANTE ED IDONEA ALL'USO PREVISTO	X	
2) IL PERSONALE SANITARIO E/O TECNICO HA RICEVUTO I MANUALI D'USO E PRECISE ISTRUZIONI PER L'USO	X	
3) IL MODULO B "ADDESTRAMENTO DEL PERSONALE" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE	X	
4) IL MODULO C "PROGRAMMA DELLE MANUTENZIONI" È STATO CONSEGNATO ALLA DITTA FORNITRICE	X	

La Ditta fornitrice si impegna a trasmettere alla email bio.assloristano@higea.eu i Moduli B e C debitamente compilati e firmati. Tali moduli sono parte integrante del presente Verbale di Collaudo, in particolare i termini della garanzia decorreranno dalla data di completamento della formazione/addestramento:

Durata Garanzia 30 MESI Data Inizio Garanzia 31/08/2018 Data Fine Garanzia 28/02/2021

L'ESITO DEL COLLAUDO È DA RITENERSI Positivo Temporaneamente sospeso Negativo

NOTE SI INTENDE CHIUSO IL COLLAUDO IL GIORNO 31/08/2018 A
CONSEGNE DELLA MERCE CON DDT 002 del 29/08/2018

Letto, Confermato e Sottoscritto in luogo ORISTANO in data 02/07/2018 alle ore 11:00

Il Responsabile della U.O./PP.OO./Distretto Socio Sanitario: GIORGIO PIRAS _____ (firma)

o suo Delegato

Il Rappresentante della Ditta fornitrice o suo Delegato: ANTONELLO DESSI _____ (firma)

Il Rappresentante della Ingegneria Clinica (RTI Higea S.p.A): FEDERICA TICCA _____ (firma)

Per conto del Servizio Ingegneria Clinica ASSL Oristano assiste al collaudo: _____ (Ing. Christian Mura / Per.Ind. Valter Piga)

