



Presidio Ospedaliero
Microcitemico

Struttura Complessa
Clinica Pediatrica 2^a
Università degli Studi di Cagliari

Cagliari 22 gennaio 2014
Prot. n° 26 P.M./r.c.

Alla c.a. dell'Ing. Massimo Masia
Servizio Tecnico
Asl 8 Cagliari

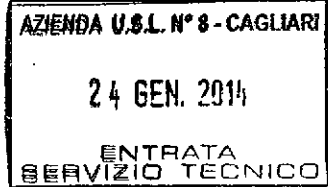
Oggetto: richiesta centrifuga

Si richiede una centrifuga da banco da utilizzare per velocità inferiori ai 6000 giri per minuto con rotore e canestri per 48 provette fino 15ml. La centrifuga occorre, in sostituzione di un'analogica centrifuga danneggiata irreparabilmente, per processare i campioni di sangue e urine prelevati in reparto di pediatria in orari in cui non si può accedere ai laboratori.

Cordiali saluti

Il Direttore

Azienda U.S.L. N° 8 - Cagliari
Ospedale Regionale per le Microcitemie
Via Jenner 09121 CAGLIARI
Clinica Pediatrica 2^a
Direttore: Prof. Paolo Moi
Tel. 070.6095656 - Fax 070.6095558



Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
c.f. e p. Iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Clinica Pediatrica 2^a
Direttore: Prof. Paolo Moi
Via Jenner 09121 Cagliari
Tel 070/6095656 Fax 070/6095558
e-mail: pmoi@unica.it

ALLEGATO A
ALLA DETERMINA N° 402 DEL 28 MAR. 2014

Il presente allegato è com-
posto di n° 2 fogli.
Il Responsabile del Servizio Tecnico
(Ing. Massimo Masia)

Ordine Di Lavoro / Rapporto Tecnico nr.615022449



OdL nr.: **615022449**
Assegnato a: **Sanna Nicola**
Richiedente: **MASSIDDA**
Rich.Ente: **49485**

Data / Ora: **17/01/2014 15:41**
Tipo di Int.: **CORRETTIVA**
Telefono: **5695**

Problema: **DETERIORAMENTO DELLA GUARNIZIONE CON FUORIUSCITA DEL CONTENUTO**
Data/Ora Rich Ente: **17/01/2014 15.35.00**
FM:

Inventario N.: **10010014994** Tipologia: **CENTRIFUGA**
Produttore: **SORVALL INC**
Matericola: **20563**
Reparto: **PIANO 2 - ALA NUOVA - II CLINICA PEDIA**

Modello: **ECONOSPIN**

Unita: **PIANO T - SALA PRELIEVI**

Estremi degli INTERVENTI

M SANNA
STRUMENTO NON RIPARABILE, PARTI
DI RICAMBIO NON PIU' DISPONIBILI

Dati di CHIUSURA

Data / Ora:
L'apparecchio funziona correttamente:
Tecnico: **M SANNA**
Firma: *[Signature]*
Accettazione: *[Signature]*
Firma: *[Signature]*
Personale non presente:

Ricambi

Interventi Esterni

Note