

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

ALLEGATO 986 A  
 ALLA DELIBERA N° \_\_\_\_\_ DEL 31 LUG. 2015

N. 986 DEL 31 LUG. 2015

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dott.ssa Antonella Carretas IL DIRETTORE SANITARIO Dott. Pier Paolo Panni

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è composto di n° 4 fogli.  
 Il Responsabile del Servizio Tecnico  
 (Ing. Massimo Masia)

 ASL Cagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO Settore Apparecchiature Elettromedicali	MODULO n° pagg. :3
		M_062_PQ_06_1 Affidiretto

**RICHIESTA MATERIALE AD UNICO OPERATORE ECONOMICO  
 PER RAGIONI DI NATURA TECNICA**

E/O MOTIVI DI ESCLUSIVITA' E/O IN QUANTO FORNITORE COMPLEMENTARI

Il/La sottoscritto/a GIUSEPPE PES  
 nella sua qualità di RESPONSABILE  
 del U.O.C. CARDIOLOGIA P.O. R. STAGHI  
 chiede, sotto la propria responsabilità, che venga acquisito il materiale/apparecchiatura biomedicale sotto indicata, prodotto dalla Azienda SORIN GROUP commercializzata in Sardegna dalla Ditta SURGICAL nome e cognome di un riferimento della Ditta BRUNO GHIANI indirizzo VIA MONSIEURO N°16 CAGUARI tel. 070/290871 fax. 070/291831

06 LUG. 2015  
 ENTRATA SERVIZIO TECNICO  
 AZIENDA U.S.L. N° 1 CAGLIARI

DENOMINAZIONE materiale/apparecchiatura	Codice del materiale/apparecchiatura dichiarato dal PRODUTTORE	QUANTITA'
REGISTRATORI HOUSER SIDER VIEW	LA 456 H	5

Precisa che le apparecchiature/attrezzature/componenti sopra elencati, costituiscono l'unica scelta possibile per raggiungere gli obiettivi sotto indicati e che, pertanto, non esistono possibilità alternative per ottenere un uguale risultato. Per tale motivo non è inseribile tra le forniture al cui approvvigionamento si procede mediante richieste a più fornitori o gara di appalto.

 ASL Cagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO <b>Settore</b> <b>Apparecchiature</b> <b>Elettromedicali</b>	<b>MODULO</b> n°pagg. :3
		M_062_PQ_06_1 AffidDiretto

Trattasi infatti di (barrare la/le casella/e di interesse ed eventualmente integrare le informazioni su ulteriore documento da allegare):

- Fornitura di una nuova apparecchiatura che possa mantenere intercambiabilità con i seguenti accessori/apparecchiature già in uso dello stesso produttore o che ne costituisce un ampliamento delle funzionalità: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Sostituzione, in seguito a dichiarazione di fuori uso (allegare copia della dichiarazione di fuori uso da parte del servizio di manutenzione/Global Service), per consentire l'uso degli accessori/materiali seguenti rimasti in dotazione: COMPATIBILE CON IL  
SISTEMA HARDWARE E SOFTWARE SYNESCOPE  
GIÀ IN UTILIZZO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Unica apparecchiatura sul mercato in grado di apportare i seguenti benefici (nelle considerazioni che seguono dovrà essere univocamente dichiarato che l'apparecchiatura di che trattasi è l'unica sul mercato che, per le caratteristiche possedute, consente di svolgere/raggiungere gli obiettivi clinico/terapeutici di seguito dichiarati)

- Riferiti al paziente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Riferiti all'operatore: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

in virtù del possesso delle seguenti caratteristiche esclusive: \_\_\_\_\_

 ASL Cagliari	SERVIZIO TECNICO E PATRIMONIO <b>Settore</b> <b>Apparecchiature</b> <b>Elettromedicali</b>	MODULO n° pagg. :3
		M_062_PQ_06_1 AffidDiretto

---



---



---

- In assenza del materiale/apparecchiatura richiesti non sarà possibile erogare le segg.

prestazioni: ECG DINAMICO SECONDO HOLDER

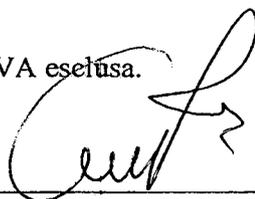
---



---

- Stima in percentuale della popolazione beneficiaria (considerato 100% la popolazione attualmente assistita): \_\_\_\_\_

- Il costo stimato per l'intera fornitura è di € 12.200,00 IVA esclusa.

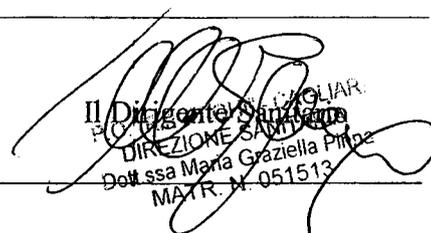
  
 \_\_\_\_\_  
 (firma leggibile)

Parere della Direzione Sanitaria del Presidio

---



---

  
 Il Dirigente Sanitario  
 DIREZIONE SANITARIA  
 Dott.ssa Maria Graziella Pinna  
 MATR. N. 051513

Parere della Direzione Sanitaria Aziendale

---



---

Il Direttore Sanitario

---



OdL nr.: **615018059**  
Assegnato a: **Scotto Davide**  
Richiedente: **PES GIUSEPPE**  
# Rich. Ente: **18599**  
Problema: **NON SI AVVIA DISPLAY DETERIORATO**

Data / Ora: **21/05/2013 10:47**  
Tipo di Int.: **CORRETTIVA**  
Telefono: **3055** FM:  
Data/Ora Rich Ente : **21/05/2013 10:45:00**

Data / Ora: **23/05/2013**  
L'apparecchio funziona correttamente:   
Tecnico: **Scotto Davide**  
Firma: \_\_\_\_\_  
Accettazione: reparto \_\_\_\_\_  
Firma: *Scotto Davide*  
Personale non presente:

Inventario N.: **10010013371** Tipologia: **REGISTRATORE HOLTER ECG**  
Produttore: **ELA MEDICAL SA** Modello: **SYNE FLASH**  
Matricola: **SF0009043S** Sede: **RS BINAGHI**  
Reparto: **CARDIOLOGIA - PIANO 1** Unita: **GENERALE**

**Estremi degli INTERVENTI**

Tecnico	Descrizione	Data/H Inizio	Data/H Fine	Codici Intervento	
Scotto Davide	Eseguito ritiro apparecchiatura per riparazione.	21/05/13 11:00	21/05/13 12:00	8000	8007
Scotto Davide	Eseguita spedizione in casa madre per riparazione.	21/05/13 15:00	21/05/13 16:00	8000	8007 8009
Scotto Davide	Ricevuta comunicazione scritta da parte di casa madre la quale ci informa che l'apparecchiatura risulta fuori supporto tecnico, e quindi non più riparabile. Pertanto se ne consiglia la dismissione. Si allega comunicazione.	23/05/13 10:00	23/05/13 11:00	8000	8010

**Ricambi**

**Interventi Esterni**

Note