

# Azienda U.S.L. n° 7 Carbonia

Deliberazione 1638 del 16 MAG. 2001

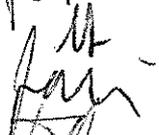
**OGGETTO: manutenzione urgente apparecchiatura sanitaria.**  
RESPIRATORE AUTOMATICO 7200 PURITAN BENNET matr. 9780907  
U.O. di Anestesia e Rianimazione di Iglesias.

## II DIRETTORE GENERALE

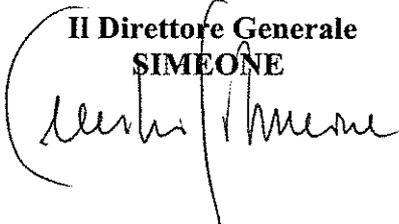
- acquisita** la formale richiesta del Responsabile dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Dr. Antonio Farci, con la quale richiede la manutenzione urgente del RESPIRATORE AUTOMATICO 7200 PURITAN BENNET matr. 9780907, confermata dalla Direzione Medica Ospedaliera;
- atteso** che devesi confermare l'urgenza della manutenzione dell'apparecchiatura dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione, affidata ai sensi dell'art. 7 p. 2 lett. B del D. Lgs. 157/95 e successive integrazioni;
- considerato** che il Servizio Acquisti ha provveduto per gli adempimenti di competenza per garantire la continuità operativa, individuando la Ditta T.B.M. S.A.S.;
- sentito** il Direttore Amministrativo nonché il Direttore Sanitario

## DELIBERA

- acquisire agli atti aziendali autorizzazione di intervento tecnico presso la Ditta T.B.M. S.A.S.;
- confermare che il costo presuntivo, da conguagliare a consuntivo, ammonta a £.1.430.000, Euro 738,54, oltre l'iva al 20% da imputarsi sulla classe di costo 540500010 del piano dei conti Aziendale;
- demandare al **Capo Servizio Acquisti** di provvedere agli adempimenti di competenza;
- determinare che il **Capo Servizio Bilancio/contabilità** provveda al puntuale pagamento delle fatture di addebito, previa liquidazione delle medesime a cura delle articolazioni organizzative aziendali utilizzatrici, con regolare ordinativo bancario tratto sul **tesoriere** aziendale;

DIR AMM. /   
DIR. SAN/   
ACQ/AGULLI   
SETT./ARCA   
ADD/PORTAS 



Il Direttore Generale  
**SIMEONE**  


Azienda U.S.L. n° 7 Carbonia

Si attesta che la deliberazione risulta affissa all'albo aziendale, presso la sede legale dell'Azienda,

per dieci giorni, a decorrere dal 18 MAG. 2001 fino al 28 MAG. 2001

Il Responsabile di procedimento  
Carta

*[Handwritten signature]*



Il Responsabile Servizio  
Affari Generali

*[Handwritten signature]*

Prot. n° 919 /ABS del 04.05.01

Al Sig. Direttore Amministrativo  
**SEDE**

**OGGETTO: intervento manutentivo urgente su apparecchiatura sanitaria.**  
RESPIRATORE AUT. 7200 marca PURITA BENNET matr. 9780907  
U.O. di Anestesia e Rianimazione del P.O. S. Barbara,

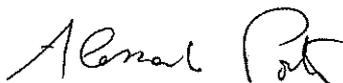
Vista la richiesta del Responsabile dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione del P.O. S. Barbara, tendente ad ottenere l'urgente manutenzione dell'apparecchiatura RESPIRATORE AUT. 7200 marca PURITA BENNET matr. 9780907 in dotazione al reparto;

Recepito che la Direzione Sanitaria dell'Azienda ha confermato l'urgenza dell'intervento per cui, sulla base dell'organizzazione aziendale, finalizzata ad evitare l'interruzione di un pubblico servizio e tanto più la mancata assistenza all'utente, l'Ufficio ha attivato immediatamente le procedure per evitare il prolungarsi dell'inattività del bene;

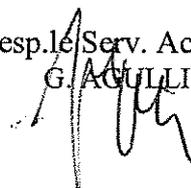
Considerato che trattasi di apparecchiatura sanitaria sottoposta a vincoli di legge sulle verifiche periodiche nonché sulla regolarità/conformità dei parametri di funzionalità imposti dalle case costruttrici per cui, nella fattispecie, ricorrono i presupposti di unicità dell'intervento che solo una Ditta può garantire con certezza di competenza, ricambi originali e mantenimento delle garanzie del costruttore, così come previsto dall'art. 7 p. 2 lett. B del D. Lgv. 157/95 e successive modificazioni ed integrazioni;

Precisato che il Sig. Alessandro Portas, addetto al settore manutentivo dei beni mobili, che sottoscrive la presente per conferma, ha espletato gli adempimenti di rito individuando la ditta manutentrice, indicata dalla Ditta costruttrice/fornitrice, nella Ditta TBM S.A.S. alla quale è stata inoltrata la richiesta di intervento urgente, si propone adozione del presente atto.

SETT/   
L'ADDETTO AL  
SERVIZIO MANUTENTIVO



Il Resp.le Serv. Acquisti  
G. AGULLI





di G. PUTZULU & C.

Mon serrato, 30 Aprile 2001

Ns.rif.: P0156

SPETT. LE AZIENDA  
U.S.L. n° 7  
Distretto di Iglesias  
Via S.Leonardo n.1  
09016 IGLESIAS (CA)

**OGGETTO:** Preventivo spesa come da Vs. richiesta n.78/01/IT del 26-04-2001 .

In risposta alla Vs. richiesta fax del 26-04-2001 in oggetto, di cui Vi ringraziamo, ci preghiamo sottoporVi ns. miglior preventivo spesa per la riparazione del Ventilatore Polmonare marca: PURITAN BENNETT, mod.: 7200, matr.: 9780906, in uso presso il reparto di **Anestesia e Rianimazione** dell'Ospedale S.Barbara di Iglesias.

L'IMPORTO PER LA RIPARAZIONE DI CUI SOPRA AMMONTA A LIRE:  
£=1.430.000= (unmilionequattrocentotrentamila), I.V.A. ESCLUSA COSI' DETERMINATO:

- N° 02	Ore lavoro	£	360.000
- N° 01	Rimborso forfettario spese trasferim.	£	150.000
- N° 01	Kit di revisione	£	920.000
-	Ore viaggio		--
-	Rimborso chilometrico		--
-	Spese trasferta		--
-	Spese preventivo		--
-	Costo sopralluogo preliminare		--
TOTALE COMPLESSIVO		£	1.430.000

Tempi di esecuzione: In funzione delle Vs. necessità.

N.B. Costo dell'apparecchiatura nuova equivalente è di circa Lire=50.000.000.=

Sempre a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti in merito, l'occasione ci è gradita per porgere i ns. più cordiali saluti.

TBM s.a.s.

Giancarlo Putzulu

TBM S.A.S.  
Sede Sociale: 09042 Munserrato  
Via Capo Contino, 28

E-mail: tbm@sas@fiscalinet.it  
C.F. e P. IVA 02214460921

Reg. Imp. Cagliari  
n. 27047 Trib. Cagliari

R.E.A.  
CA 168223

Tel. 0336817966  
070571268  
Fax 070580387

# Azienda U.S.L. n° 7 Carbonia

Codice Fiscale P.I. 02261310920

Distretto di Iglesias

Via S. Leonardo 1 Iglesias

Ufficio Assistenza Apparecchiature

Tel. 0781/3922386 - Fax 3922844

## Oggetto: Richiesta di intervento tecnico

INTERVENTO TECNICO IN SEDE	<input checked="" type="checkbox"/>	CONTRATTO DI MANUTENZIONE	<input type="checkbox"/>
INVIO APPARECCHIATURA	<input type="checkbox"/>	IN GARANZIA	<input type="checkbox"/>

ID	78	n° Richiesta	78/01/IT	Data	26/04/01
Ditta Assistenza	TBM				
Indirizzo	VIA CAPO COMINO, 28 MONSERRATO				
Telefono	070/571268				
Fax	070/580387				
Apparecchiatura	RESPIRATORE AUTOMATICO MOD. 7200				
Marca	PURITAN BENNET				
Matricola	9780907				
Presidio	S.BARBARA				
Unità Operativa	ANESTESIA E RIANIMAZIONE				
Guasto	FREQUENZA RESPIRATORIA ERRATA				
Note					

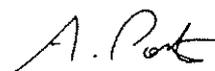
### CONDIZIONI VINCOLANTI L'INTERVENTO DI MANUTENZIONE

SI PRECISA CHE PRIMA DI PROCEDERE AL COMPLETAMENTO DELL'INTERVENTO MANUTENTIVO, SE LO STESSO NON RISULTASSE PALESEMENTE CONGRUO RIPETTO AL VALORE DI ACQUISTO O ATTUALE DELL'APPARECCHIATURA (MAX 20% DEL PREZZO DI LISTINO), DEVE ESSERE PRODOTTO PREVENTIVO DI SPESA DEFINITO E DETTAGLIATO CON INDICATO IL PREZZO DI LISTINO DELL'APPARECCHIATURA. IN DIFETTO NON SARA' RICONOSCIUTO ALCUN ONERE, OLTRE A QUELLI DI VIAGGIO E MANO D'OPERA NECESSARIA ALL'INDIVIDUAZIONE DEL GUASTO. PER OGNI EVENIENZA O CHIARIMENTO PREGASI CONTATTARE AI NUMERI SOPRA INDICATI, IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO.

NOTE: PREGASI TRASMETTERE VIA FAX LA DICHIARAZIONE DI CONCESSIONE ESCLUSIVA DELLA DITTA PRODUTTRICE DELL'APPARECCHIATURA. IN DIFETTO, SE NON RISULTASSE GIA' AGLI ATTI, SARANNO SOSPESI, SINO ALLA PRODUZIONE, I TERMINI DI PAGAMENTO DELLE FATTURAZIONI RELATIVE ALL'INTERVENTO.

DISTINTI SALUTI

L'IMPIEGATO ADDETTO



giovedì 26 aprile 2001

Assistenza Apparecchiature/Uff.Tecnico Iglesias/Alessandro Portas

Pagina 2 di 79



# AZIENDA U.S.L. N°7

SEDE LEGALE ED AMMINISTRATIVA  
VIA DALMAZIA N° 83 - CARBONIA  
COD. FISCALE E PARTITA IVA 02261310920

IGLESIAS, 23-04-01

DA:

PRESIDIO OSPEDALIERO S.B

SERVIZIO /REPARTO Assistenza

TELFONO N° \_\_\_\_\_

FAX N° \_\_\_\_\_

A:

**UFFICIO TECNICO**

**P.O. S.BARBARA**

ASSISTENZA APPARECCHIATURE

TEL 3922386- 361 - 369

FAX 3922844

**OGGETTO: RICHIESTA INTERVENTO URGENTE DEL SERVIZIO D'ASSISTENZA TECNICA SU APPARECCHIATURE NON COPERTE DA CONTRATTO DI ASSISTENZA**

APPARECCHIATURA: Respiratore Venturi Bennett

NOME COMMERCIALE: \_\_\_\_\_

MARCA: \_\_\_\_\_

N° INVENTARIO: 23015

MODELLO: 7200

MATRICOLA: 9480904

ANOMALIE  
RISCONTRATE: Frequenza respiratoria errata.

**N.B.: LA RICHIESTA NON VERRA' PRESA IN CONSIDERAZIONE SE NON COMPLETA DI TUTTI I DATI. SI PREGA DI COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE.**

VISTO DEL DIRETTORE SANITARIO

Il Responsabile Sanitario

P.O.O. IGLESIAS

Dot.ssa Rita Cantone

IL RESP.LE DEL SERVIZIO/REPARTO



( FIRMA CHIARA E LEGGIBILE )

**ALL'UFFICIO TECNICO P.O. S. BARBARA  
ASSISTENZA APPARECCHIATURE**

VERIFICATA L'APPARECCHIATURA IN OGGETTO SI COMUNICA CHE:

LA RIPARAZIONE E' STATA EFFETTUATA IN DATA \_\_\_\_\_

OCCORRE L'INTERVENTO TECNICO DI ASSISTENZA DELLA DITTA SPECIALIZZATA

L' OPERAIO TECNICO

IL RESP.LE DELL'UFFICIO TECNICO  
P. OSPEDALIERO

DATA: \_\_\_\_\_

