

Maria Coppola

Da: Info SC Medical Service <info@scmedicalservice.com>
Inviato: lunedì 4 marzo 2024 15:51
A: Maria Coppola; Luigi Cuomo
Cc: 'Stefano Bruno'
Oggetto: I: TD 4010807 - NEBULIZZATORE - consegna entro 5.02
Allegati: Feellife legacy .pdf

Buongiorno Ingegnere

Come da telefonata intercorsa, in allegato le trasmetto la dichiarazione richiesta.

Restando in attesa di un riscontro

L'occasione è gradita per porgere cordiali saluti

Dott.ssa Olga Bruno Responsabile Amministrativa

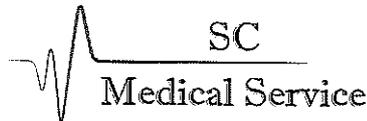
Sede Legale: Via Tevere n° 41/F, Marano di Napoli (Na) Cap 80016

Sede Operativa: Via Antonio De Curtis n°3, Marano di Napoli (Na) Cap 80016

Info: info@scmedicalservice.com

Tel/Fax: 081.190.01979

Cell: 3460818725



Le informazioni, i dati e le notizie contenute nella presente comunicazione e i relativi allegati sono di natura privata e come tali possono essere riservate e sono, comunque, destinate esclusivamente ai destinatari indicati in epigrafe. La diffusione, distribuzione e/o la copiatura del documento trasmesso da parte di qualsiasi soggetto diverso dal destinatario è proibita, sia ai sensi dell'art. 616 c.p., sia ai sensi del Reg. UE 679/2016. Se avete ricevuto questo messaggio per errore, la preghiamo di distruggerlo e di darcene immediata comunicazione anche inviando un messaggio di ritorno all'indirizzo e-mail del mittente.

Da: Info SC Medical Service <info@scmedicalservice.com>

Inviato: mercoledì 28 febbraio 2024 12:30

A: 'Maria Coppola' <maria.coppola@althea-group.com>



ALTHEA
INTEGRATED HEALTHCARE
TECHNOLOGY MANAGEMENT

Althea Italia S.p.A.
Viale Alexandre Gustave Eiffel, 13
00148 Roma, Italia
Tel. +39 06 66100411
Fax +39 06 66100449

Cliente:

**AORN SANTOBONO
PAUSILIPON**

30397/CO

Data **02/02/24**

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° **450062988** del **01/02/24** la **AORN SANTOBONO PAUS.**, ha affidato alla Ditta **SC MEDICA** la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Produtt. / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
POO4835	FEELIFE HEART	NEBULIZZATORE	AIR LCO	2023081725 A
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO **TERAPIA INTENSIVA** presso la Struttura: **PAUSILIPON**

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data **01/02/24** con bolla nr. **35** 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 **02/02/24** presso **PIANO 2** sono convenuti i signori:

IL G. COPPOLA Incaricato **ALTHEA** ;
STEFANO BRUNO Incaricato **DITA** ;
ROSA ZACCARIELLO Incaricato **REPARO** ;
 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 **Garanzia 12 mesi**

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

Il Responsabile/delegato della Althea Italia S.p.A. **Renzo G. P. G.**
 Il Consegnatario del bene **Rosa Zaccarollo**
 Il referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Il Responsabile della ditta fornitrice **Althea**

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