



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
"Santobono-Pausilipon"**

UOSID Bioingegneria

Via Teresa Ravaschieri, 8 - 80122 Napoli

Tel. 0812205735 - Fax 0812205822

ALLEGATO A - CERTIFICATO COLLAUDO APPARECCHIATURE BIOMEDICHE

Con il presente la Commissione, atteso il superamento delle verifiche tecniche e documentali i cui esiti sono allegati al presente verbale, certifica che la fornitura di cui al Provvedimento n. 193 del 29/04/24 lotto 1 (se applicabile), della Committente AORN SANTOBONO PAUSILIPON, numero di ordinativo 4500677847 del 02/05/24 è da considerarsi completa e che pertanto il **COLLAUDO** è da considerarsi **SUPERATO**, e che a far data di sottoscrizione del presente verbale decorrerà l'inizio del periodo di garanzia ed assistenza tecnica full risk offerta.

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

Il Responsabile/delegato della ditta **ALTHEA ITALIA S.p.A.** *Nordgine Carlo*
A.O.R.N. SANTOBONO - PAUSILIPON
U.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Il Direttore U.O. assegnatario del bene *Manfredi*
A.O.R.N. SANTOBONO - PAUSILIPON
U.C. OTORINOLARINGOIATRIA
Il Responsabile/delegato della ditta fornitrice **TECNOLIFE S.p.A.**
Via Cimarosa, 71
40033 CASALECCHIO (BO)
Partita IVA 02373681202
Il Responsabile UOSID Bioingegneria / Servizio Reg. Imp. e Cont. della UO 434536 **Tecnico Patrimoniale ed ICT**
A.O.R.N. SANTOBONO - PAUSILIPON
U.C. Oculistica e Centro di Riferimento Regionale per la ROP
Il Direttore: **Dott. Ciro Picardi** *C. Picardi*

Data 24 / 06 / 24



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
PROSICURON**

38727/CO

Data **19/06/24**

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° **193** del **30/04/24** la **AORN SANTOBONO PRO.**, ha affidato alla Ditta **TECNOLIFE** la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
P0012700	TECNOLIFE ZUMAX MED.	CASCHETTO LANPADA FRONT.	HL8000	LOT. P00005
INV AZIENDALE 045779				

Accessori

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO **VOLANO** presso la Struttura: **SANTOBONO**

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data **15/05/24** con bolla nr. **736** 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 **19/06/24** presso **PT - VOLANO** sono convenuti i signori:

IL G. COPPOLA Incaricato **ALTHEA** ;
PIETRO MANIA Incaricato **REPARTO** ;
 _____ Incaricato _____ ;
 _____ 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 12M**

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

Il Responsabile/delegato della Althea Italia S.p.A. **Paolo Coppla**

Il Consegnatario del bene **Althea**

Il referente Amm.vo dell'Azienda _____

Il Responsabile della ditta fornitrice _____

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



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

38729/CO

Data 19/06/24

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° 193 del 30/04/24 la AORN SANTOBONO PA, ha affidato alla Ditta TECNOLIFE la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<u>P0012702</u>	<u>ZUMAX MED.</u>	<u>CASCHETTO LAMP. FRONT.</u>	<u>HL8000</u>	<u>LOT. 000005</u>
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO ORL presso la Struttura: SANTOBONO

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data 15/05/24 con bolla nr. 736 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 19/06/24 presso P-3 - REPARTO sono convenuti i signori:

M.G. COPPOLA Incaricato ALTHEA ;
MENA BARBATO Incaricato REPARTO ;
 _____ Incaricato _____ ;
 _____ Incaricato _____ ;

I comparenti, 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 M

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

Il Responsabile/delegato della Althea Italia S.p.A. Mario Giuseppe Copola

Il Consegnatario del bene Mario Giuseppe Copola

Il referente Amm.vo dell'Azienda A.O.R.N. SANTOBONO - PAUSILIPON
U.O.C. OTORINOLARINGOIATRIA

Il Responsabile della ditta fornitrice _____

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



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:

**FORN SANTOBONO
PAOSIUBON**

38730/co

Data **19/06/24**

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° **193** del **30/04/24** la **FORN SANTOBONO PAU.** ha affidato alla Ditta **TECNOIFE** la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
A0012703	ZURAX MED.	CASCHETTO LAMP. FRONT.	HL8000	LOT. 000005
Accessori				

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO **OCULISTICA** presso la Struttura: **SANTOBONO**

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data **15/05/24** con bolla nr. **736** 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 **19/06/24** presso **REPARTO - P3** sono convenuti i signori:

M.G. CORFOLA Incaricato **ALTHEA** ;
DOTT. PICARDI Incaricato **REPARTO** ;
 Incaricato _____ ;
 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 M**

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

Il Responsabile/delegato della Althea Italia S.p.A. **Dott. G. Corfola**
 Il Consegnatario del bene **D.O.C. Oculistica e Centro di Riferimento Regionale per la ROP**
 Il referente Amm.vo dell'Azienda **Il Direttore: Dott. Ciro Picardi**
 Il Responsabile della ditta fornitrice _____

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



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 SANTORONO
PROSICURON**

38728/CO

Data **19/06/24**

VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

PREMESSO

Che con ordine/delibera n° **193** del **30/04/24** la **AORN SANTORONO PAU.** ha affidato alla Ditta **TECNOUFE** la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
PRO012701	ZUMAX MED.	CASCHETTO LAMP. FRONTALE	HL8000	LOT. 0000005
INV AZIENDALE	045777	Accessori		

da assegnarsi all' U.O. / SERVIZIO **UOLANO/ OCCULTICA** presso la Struttura: **SANTORONO**

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data **15/05/24** con bolla nr. **736** 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 **19/06/24** presso **PT - UOLANO** sono convenuti i signori:

M.G. COROLA Incaricato **ACTIVA** ;
PIATO ANWA Incaricato **REPORTO** ;
 Incaricato _____ ;
 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 M.**

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

Il Responsabile/delegato della Althea Italia S.p.A. **[Signature]**
 Il Consegnatario del bene **[Signature]**
 Il referente Amm.vo dell'Azienda _____
 Il Responsabile della ditta fornitrice _____

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