



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. 799 del 17/12/24, lotto — (se applicabile), della Committente AORN SANTOBONO PAUSILIPON numero di ordinativo 4500897160 del 07/01/25 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. [Signature]

Il Direttore U.O. assegnatario del bene [Signature]

Il Responsabile/delegato della ditta fornitrice [Signature]

Il Responsabile UOSID Bioingegneria / Servizio Ingegneria Clinica della UOC Ufficio Tecnico Patrimoniale ed ICT [Signature]

Data 27/01/2025



**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 PAUSIL.**

**57468/co**

Data **27/01/25**

# VERBALE DI COLLAUDO PER APPARECCHIATURE SANITARIE

## PREMESSO

Che con ordine/delibera n° **799** del **17/12/24** la **AORN**, ha affidato alla Ditta **NEDINQA** la fornitura delle seguenti apparecchiature:

N° invent.	Prodotto / Costruttore	Classe / Tipo	Modello	Matricola
<b>AOO13008</b>	<b>NORLASE</b>	<b>CASCHETTO LASER</b>	<b>LION</b>	<b>2217029</b>
<b>AOO13009</b>	<b>NORLASE</b>	<b>BASE TABLET</b>	<b>TABLET HOLDER</b>	<b>97-20189-02</b>
<b>AOO13010</b>	<b>NORLASE</b>	<b>PEDALE</b>	<b>LION FOOTSWITCH</b>	<b>2246027</b>
<b>AOO13011</b>	<b>NORLASE</b>	<b>TABLET</b>		

### Accessori

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

- Che la suddetta ditta ha provveduto alla consegna della/e apparecchiatura/e in data **09/01/25** con bolla nr. **47/02** 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 **27/01/25** presso **3 PIANO** sono convenuti i signori:

**GAETANO CEFARIELLO** Incaricato **DITTA**; **DOTT. F. COMMARSA** *Felt* **28/1/25**  
**ROSALBA GIORDANO** Incaricato **ALTHEA**;  
**M.G. COPPOLA** Incaricato **BIOINGEGNERIA**;  
**DOTT. PICARDI** Incaricato **REPARTO**;

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. NB: DA UTILIZZARE IN TIN (SALA PROCEDURE E SALA PRONTO SOCCORSO)**

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 *[Signature]*

Il Responsabile della ditta fornitrice + *[Signature]*

### 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