



Inventario SIC: 33586

**Verbale di collaudo e accettazione**  
**apparecchiatura elettromedicale e da laboratorio**

**DATI ANAGRAFICI:**

|                       |                             |                           |   |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|---|
| Tipo bene:            | FRIGORIFERO BIOLOGICO       |                           |   |
| Produttore:           | ACF ITALIA SRL              |                           |   |
| Modello:              | EKV400-RG                   |                           |   |
| Matricola:            | 002472                      |                           |   |
| (N. Assistenza):      |                             |                           |   |
| Numero di Repertorio: |                             | CND:                      |   |
| Codifica CIVAB:       | FBIXXXZZ                    | Accessorio/componente di: |   |
| Presidio:             | LECCO                       |                           |   |
| Dipartimento:         | MEDICO                      |                           |   |
| S.C./S.S./S.S.D       | DERMATOLOGIA-LECCO          |                           |   |
| Palazzina:            | PALAZZINA CLIN              | Piano:                    | PRIMO PIANO Stanza: STUDIO CAPOSALA PRIMO PIANO PAL |
| Centro di Costo:      | 01090101 DERMATOLOGIA-LECCO |                           |   |

**DATI ECONOMICI:**

|  |               |   |                     |
|--|---------------|---|---------------------|
| Numero di delibera:  |               | data delibera:  |                     |
| Numero di ordine:  | 1440/2023-SIC | data ordine:  | 27/03/2023          |
| Fornitore:   | ACF ITALIA    |   |                     |
| Forma di presenza:   | ACQUISTO      | Cespite:  | L77353              |
| Costo di acquisto:<br>(iva esclusa)  | 2.400,00      | Conto COGE:   | 015.020.00001       |
| Numero ddt:  | 207/00        | data ddt:   | 20/04/2023          |
| Data presa in carico:  | 28/04/2023    | Data ver. sicurezza:  | 28/04/2023 00:00:00 |
| Scadenza garanzia<br>(in caso di acquisto, sconto<br>merce, donazione,...) | 27/04/2025    | Scadenza contratto<br>(in caso di service,<br>comodato, noleggio,...) |                     |



**DATI TECNICI GENERALI:**

Fornitore assistenza tecnica:

Periodicità MP:

Periodicità VS:

Periodicità CQ:

Alimentazione

Tipo (se elettrico):

☐ Interna☒ Esterna, classe I☐ Esterna, classe II☐ Non Elettrico} ☐ Alim. dal principale☐ B☐ BF☐ CF

Manuale d'uso:



NO

In Italiano:



NO

Marcatura CE (o dichiarazione di conformità):



NO

Norme generali

☒ CEI 62-5☐ CEI 66-5

Verifiche particolari:

☐ Defibrillatori☐ Pompe di infusione☐ Elettrobisturi☐ Lampade scialitiche☐ Incubatrici☐ Ventilatori☐ Misurazione parametri paziente

CEI 62-13, 62-46, 62-47

CEI 62-99, 62-108

CEI 62-11, 62-43

CEI 62-118

CEI 62-22, 62-41, 62-145

CEI 62-141, 62-142

CEI 62-71, 62-76 (elettrocardiografi)

CEI 62-74 (pressione non invasiva)

CEI 62-125 (monitor)

**DATI TECNICI SPECIFICI (dati di targa):**

Medicale:



NO

Con parte applicata:

SI



Se elettrico:

Connessione:

☒ A spina☐ Permanente☐ Altro (es. sonde eco)☐ Nessuna

Se a spina:

☒ Schuko☐ A pettine☐ Connettore a vaschetta☐ Industriale blu 3 poli☐ Industriale rossa 4 poli☐ Industriale rossa 5 poli} ☐ 16 A ☐ 32 A

Potenza/Assorbimento 105W

Tensione: 230V

Alimentazione

☒ Monofase☐ Trifase☐ Continua

### **ISPEZIONE VISIVA, VERIFICHE DI SICUREZZA ELETTRICA E FUNZIONALI**

|  | R                                   | NR                       | NA                                  |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 1) Integrità dell'apparecchiatura (involucri, sportelli, maniglie, guarnizioni, connessioni) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 2) Sicurezza meccanica: stabilità, ruote e freni, parti mobili, masse sospese, fine corsa    | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3) Rispondenza tra i valori nominali dei fusibili (accessibili) e i dati di targa            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 4) Controllo accensione (spie luminose, video, segnalazioni acustiche)                       | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 5) Protezione da infiltrazione liquidi: _____  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 6) Verifica di sicurezza elettrica   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 7) Rispondenza alle verifiche particolari / funzionali del caso                              | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8) Taratura / calibrazione / controllo qualità   | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9) Collaudo clinico  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

R = Rispondente  
NR = Non Rispondente  
NA = Non Applicabile

### **SOSTITUZIONE PER RIPARAZIONI**

| <i>Nuova matricola</i> | <i>Nuovo modello</i> | <i>Data dismissione<br/>strumento precedente</i> | <i>Data collaudo<br/>strumento nuovo</i> |
|------------------------|----------------------|--|--|
|                        |                      |  |  |
|                        |                      |  |  |
|                        |                      |  |  |
|                        |                      |  |  |
|                        |                      |  |  |
|                        |                      |  |  |
|                        |                      |  |  |

Note particolari



### AUTORIZZAZIONE INGRESSO APPARECCHIATURA:

In data 28 / 04 / 2023 si riscontra che il collaudo è:

☒ Superato

l'apparecchiatura risulta conforme alle norme di sicurezza e alle esigenze dell'utilizzatore, limitatamente alle verifiche effettuate

☐ Superato con riserva

l'apparecchiatura risulta sostanzialmente conforme, ma sono stati richiesti al fornitore alcuni aggiornamenti, modifiche o correzioni (*specificare in nota a pag.3*)

☐ riserva sciolta in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Non superato

l'apparecchiatura non risulta conforme

☐ deve essere resa al fornitore definitivamente: non si prevede che possa essere riportata entro le specifiche di sicurezza/funzionalità richieste

☐ si rimane in attesa di una risposta da parte del fornitore per eventuali adeguamenti (*se del caso, specificare in nota a pag.3*)

Il tecnico

### CONSEGNA:

In data 28 / 04 / 2023 il sottoscritto ACQUISTAPACE ILEANA dichiara di aver ricevuto e preso in carico l'apparecchiatura di cui al presente verbale, coi suoi accessori e manuali, e di essere adeguatamente formato all'utilizzo dell'apparecchiatura stessa; si impegna in alternativa a provvedere a tale formazione per sé o comunque per gli utilizzatori del reparto.

Il ricevente

(responsabile del reparto o suo delegato)

Ileana Acquistapace  
(5174)



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lecco

Ingegneria Clinica

Direttore f.f.: Ing. Caterina Gennaro

Via dell'Eremo, 9/11 - 23900 Lecco

Tel. 0341.489438

Fax. 0341.489139

e-mail: sic@asst-lecco.it

Alla c.a.

Dr. ENRICO GUIDO  
RIPAMONTI

S.C. GESTIONE ACQUISTI

Lecco, 9 / 5 / 2023

**OGGETTO: TRASMISSIONE "Accertamento delle Prestazioni Eseguite (collaudo apparecchiature elettromedicali e da laboratorio)" ORDINE 1440/2023-SIC DEL 27/03/2023**

Con la presente si trasmette il modulo "Accertamento delle Prestazioni Eseguite (collaudo apparecchiature elettromedicali e da laboratorio)" relativo al collaudo di n. 1 frigorifero installato il 28/04/2023 presso la U.O.C. Dermatologia del P.O. di Lecco ad evasione totale della fornitura prevista nell'ordine.

Cordiali saluti.

S.C. INGEGNERIA CLINICA

*Marta da Silva*

Allegato: Accertamento delle prestazioni eseguite (collaudo apparecchiature elettromedicali e da laboratorio)





## Ingegneria Clinica

Direttore f.f.: Ing. Caterina Gennaro

Via dell'Eremo, 9/11 - 23900 Lecco

Tel. 0341.489438

Fax. 0341.489139

e-mail: sic@asst-lecco.it

**ACCERTAMENTO DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE**  
**(COLLAUDO APPARECCHIATURE ELETTROMEDICALI E DA LABORATORIO)**

**DATI CONTRATTO:**

|                                       |                                 |                                   |                            |   |
|---------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|---|
| Esecutore:                            | ACF ITALIA S.R.L.               |                                   |                            |   |
| Numero delibera:                      | /                               | Data delibera:                    | /                          |   |
| Numero contratto:                     | LET. PROT.<br>N.<br>0013585/23U | Data contratto:                   | 20/03/2023                 | Importo contratto: € 2.400,00 (IVA ESCLUSA) |
| R.U.P.:                               | DOTT. ENRICO GUIDO<br>RIPAMONTI | Nomina:<br>(prov. e data)         | /                          |   |
| D.E.C.:<br>(se diverso dal<br>R.U.P.) | ING. CATERINA GENNARO           | Nomina:<br>(prov. e data)         | DEL. N. 682 del 29/10/2020 |   |
| Atti aggiuntivi:<br>(se presenti)     | /                               | Atti aggiuntivi:<br>(se presenti) | /                          |   |
| Numero ordine:                        | 1440/2023-SIC                   | Data ordine:                      | 27/03/2023                 |   |

**ACCERTAMENTI:**

**Oggetto di accertamento:** fornitura di n. 1 frigorifero biologico per il reparto di Dermatologia del P.O. di Lecco.

- Rispetto dei tempi di consegna;
- Rispetto dei tempi di installazione e collaudo;

|  | n° giorni di inosservanza | eventuale penale [€] |
|--|---------------------------|----------------------|
| Osservanza tempi di consegna                 | 0                         | 0                    |
| Osservanza tempi di installazione e collaudo | 0                         | 0                    |
|  | Eventuale penale [€]      | 0                    |



|                               | rispondente | non rispondente | non applicabile |
|-------------------------------|-------------|-----------------|-----------------|
| Personale tecnico intervenuto | x           |                 |                 |

### SI CERTIFICA

- ☒ che la fornitura, eseguita dall'appaltatore in base al contratto innanzi specificato, è regolarmente eseguita e che il risultato ottenuto dall'analisi interna, a oggi, non comporta l'applicazione di eventuali penali.
- ☐ che la fornitura, eseguita dall'appaltatore in base al contratto innanzi specificato, è eseguita e che il risultato ottenuto dall'analisi interna, a oggi, comporterebbe l'applicazione di penali. Contestualmente si propone l'applicazione di una penale pari al ... ‰ del valore netto contrattuale, per ogni giorno di ritardo.

### SI ACCERTA

che il fornitore ha/~~non ha~~ ottemperato a tutti gli obblighi derivanti dal contratto e dagli ordini e disposizioni date dalla direzione dell'esecuzione del contratto, ad eccezione eventualmente di quanto sopra indicato.

Pertanto

### SI ATTESTA

che può essere liquidato l'importo di € 2.928,00 con IVA relativo alla fornitura di n. 1 frigorifero biologico per il reparto di Dermatologia del P.O. di Lecco.  
Si invita l'ufficio preposto alla riscossione della penale, se prevista.

Note:

**AZIENDA SOCIO-SANITARIA  
TERRITORIALE (ASST) DI LECCO**  
INGEGNERIA CLINICA

Data

04/05/2023

IL DEC

*[Signature]*

Letto e confermato:

Data

05/05/2023

**IL DIRETTORE  
S.C. GESTIONE ACQUISTI**  
*Dr. Enrico Guido Ripamonti*

Allegati: All. 1 Report (n.1 foglio)  
All. 2 Penale (n.1 foglio)



| PENALE                   | PENALE PER GIORNO DI<br>RITARDO PREVISTA<br>DAL CONTRATTO | DATA PREVISTA DAL<br>CONTRATTO | DATA EFFETTIVA | GIORNI DI RITARDO | IMPORTO<br>APPARECCHIATURA | IMPORTO PENALE<br>SENZA IVA |
|--------------------------|---|--------------------------------|----------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------|
| consegna                 | 1‰  | /                              | 28/04/2023     | 0                 | € 2.400,00                 | € 0,00                      |
| installazione e collaudo | 1‰  | /                              | 28/04/2023     | 0                 | € 2.400,00                 | € 0,00                      |
|                          |   |                                |                |                   | <b>totale senza IVA</b>    | <b>€ 0,00</b>               |



Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lecco

**Ingegneria Clinica**

Direttore f.f.: Ing. Caterina Gennaro

Via dell'Eremo, 9/11 - 23900 Lecco

Tel. 0341.489438

Fax. 0341.489139

e-mail: sic@asst-lecco.it

Alla c.a.

**Dr. ENRICO GUIDO  
RIPAMONTI**

**S.C. GESTIONE ACQUISTI**

Lecco, 9 / 5 / 2023

**OGGETTO: TRASMISSIONE COLLAUDO ORDINE 1440/2023-SIC DEL 27/03/2023**

Con la presente si trasmette il collaudo relativo a n. 1 frigorifero installato il 28/04/2023 presso la U.O.C. Dermatologia del P.O. di Lecco.

Tutti gli originali saranno conservati presso la S.C. Ingegneria Clinica.

Cordiali saluti.

**S.C. INGEGNERIA CLINICA**

*Marta Castoldi*

Allegato: verbale di collaudo (pag. n° 1)





Inventario SIC: 33586

**Verbale di collaudo e accettazione**  
**apparecchiatura elettromedicale e da laboratorio**

**DATI ANAGRAFICI:**

|                       |                             |                           |   |
|-----------------------|-----------------------------|---------------------------|---|
| Tipo bene:            | FRIGORIFERO BIOLOGICO       |                           |   |
| Produttore:           | ACF ITALIA SRL              |                           |   |
| Modello:              | EKV400-RG                   |                           |   |
| Matricola:            | 002472                      |                           |   |
| (N. Assistenza):      |                             |                           |   |
| Numero di Repertorio: |                             | CND:                      |   |
| Codifica CIVAB:       | FBIXXZZ                     | Accessorio/componente di: |   |
| Presidio:             | LECCO                       |                           |   |
| Dipartimento:         | MEDICO                      |                           |   |
| S.C./S.S./S.S.D       | DERMATOLOGIA-LECCO          |                           |   |
| Palazzina:            | PALAZZINA CLIN              | Piano:                    | PRIMO PIANO Stanza: STUDIO CAPOSALA PRIMO PIANO PAL |
| Centro di Costo:      | 01090101 DERMATOLOGIA-LECCO |                           |   |

**DATI ECONOMICI:**

|  |               |   |                     |
|--|---------------|---|---------------------|
| Numero di delibera:  |               | data delibera:  |                     |
| Numero di ordine:  | 1440/2023-SIC | data ordine:  | 27/03/2023          |
| Fornitore:   | ACF ITALIA    |   |                     |
| Forma di presenza:   | ACQUISTO      | Cespite:  | L77353              |
| Costo di acquisto:<br>(iva esclusa)  | 2.400,00      | Conto COGE:   | 015.020.00001       |
| Numero ddt:  | 207/00        | data ddt:   | 20/04/2023          |
| Data presa in carico:  | 28/04/2023    | Data ver. sicurezza:  | 28/04/2023 00:00:00 |
| Scadenza garanzia<br>(in caso di acquisto, sconto<br>merce, donazione,...) | 27/04/2025    | Scadenza contratto<br>(in caso di service,<br>comodato, noleggio,...) |                     |





# VERBALE DI COLLAUDO/ CERTIFICATO DI GARANZIA

Mod. 26  
Rev. 00

Pag. 1 di 2

DATA COLLAUDO : 28/04/23

COPIA PER L'ENTE

STRUMENTO: EKV400-RG

SERIAL NUMBER: 002472

AZIENDA / PRESIDIO: ASST di LECCO

REPARTO: DERMATOLOGIA Piano 1

REFERENTE (es. Primario, Caposala, Ing. Clinica) :

RIF. VOSTRO ORDINE N° 1-2023-1440 del 27/03/23

## 1. COLLAUDO

- 1.1 In data odierna, A.C.F. Italia s.r.l. ("Fornitrice") ha provveduto ad effettuare l'attivazione ed il collaudo della apparecchiatura sopra specificata.
- 1.2 Il collaudo è stato effettuato per ogni singola funzione dell'apparecchiatura ed ha evidenziato la sua perfetta efficienza ed il normale funzionamento in tutte le proprie componenti.
- 1.3 La fornitura è risultata pienamente corrispondente alle specifiche dell'ordine di riferimento sopra menzionato.

Eventuali commenti:

ACCENSIONE FUNZIONAMENTO REGOLARE  
FORMAZIONE ANDREA CASERA

- 1.4 L'Utilizzatore, nella persona incaricata a ricevere l'apparecchiatura ed a presenziare alle operazioni di collaudo, dichiara di non aver nessuna riserva da muovere in relazione al funzionamento dell'apparecchiatura a seguito dell'avvenuto collaudo.

Si prega di compilare e rendere ad A.C.F. Italia s.r.l. copia del presente documento.

Per A.C.F. Italia s.r.l.

**A.C.F. Italia S.r.l.**

Socio Unico

Via IV Novembre 52 21020 TAINO (VA)

Tel. 0331.956521 - Fax 0331.957538

P.IVA 01404390039

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1342 del Codice Civile, l'Utilizzatore dichiara di approvare specificamente sin d'ora e senza riserve le seguenti clausole del presente formulario: 1.4; 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8 (vedi retro)

Timbro e firma del Cliente

Timbro e firma del Cliente

A.C.F. Italia S.r.l. con Socio Unico

Via IV Novembre n°52 - 21020 TAINO (VA)

Tel. 0331-956521 - Fax 0331-957538 - E-mail : acf@medicalonline.it - PEC acfitalia@lwcert.it - www.medicalonline.it

Capitale Sociale Euro 100.000,00 i.v. - Cod. fiscale P. IVA e Iscrizione Registro Imprese di Varese: 01404390039 - R.E.A. 0298298 presso C.C.I.A.A. di Varese





## VERBALE DI COLLAUDO/ CERTIFICATO DI GARANZIA

Rev. 00

Pag. 2 di 2

### 2. GARANZIA

- 2.1** La presente garanzia ha una validità di 24 (ventiquattro) mesi decorrenti dalla data del collaudo indicata nel presente verbale.
- 2.2** La presente garanzia espressamente non copre eventuali sostituzioni di: lampadine, tubi o contenitori per gas, componenti in vetro facenti parte integrante dell'apparecchiatura, manipoli ed elettrodi o qualunque altro materiale di consumo soggetto a periodico deterioramento che è stato fornito unitamente con l'apparecchiatura anche se non stabilmente connesso ma in rapporto di strumentalità con essa.
- 2.3** Durante il periodo di garanzia, la Fornitrice si riserva sin d'ora la facoltà di effettuare eventuali operazioni di manutenzione sul luogo dell'installazione, presso un proprio Centro di Assistenza Tecnica ovvero mediante l'utilizzo di appositi soggetti terzi incaricati il cui nominativo sarà comunicato all'Utilizzatore al momento della nomina.
- 2.4** Eventuali guasti o malfunzionamenti dell'apparecchiatura dovranno essere segnalati alla Fornitrice immediatamente e comunque non oltre 2 (due) giorni dal momento del loro verificarsi. La Fornitrice non risponde dell'eventuale aggravamento del danno connesso al ritardo nella comunicazione.
- 2.5** L'Utilizzatore autorizza sin d'ora la Fornitrice o i soggetti della stessa incaricati ad accedere ai locali nei quali l'apparecchiatura è installata e ad eseguire le sostituzioni o gli interventi necessari al perfetto funzionamento dell'apparecchiatura stessa.
- 2.6** Le sostituzioni delle parti non coperte dalla presente garanzia e tutti gli interventi di straordinaria manutenzione indispensabili al corretto funzionamento dell'apparecchiatura verranno fatturati separatamente entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'intervento.
- 2.7** La garanzia decade automaticamente a seguito di interventi di manutenzione operata da terzi non autorizzati dalla Fornitrice o in casi di uso improprio.
- 2.8** La Fornitrice non risponde per eventuali danni subiti dall'Utilizzatore della strumentazione o da terzi e provocati da un uso improprio della stessa o comunque non conforme alle istruzioni allegate all'apparecchiatura, dall'uso di ricambi non originali, dalla non osservanza delle vigenti normative sul collegamento della strumentazione alla rete di alimentazione elettrica o causati dal cattivo funzionamento della rete stessa ovvero dalla non osservanza di norme di legge in materia di sicurezza degli impianti elettrici o dei luoghi di lavoro.

A.C.F. Italia S.r.l. con Socio Unico

Via IV Novembre n°52 - 21020 TAINO (VA)

Tel. 0331-956521 - Fax 0331-957538 - E-mail : acf@medicalonline.it - PEC acfitalia@lwcert.it - www.medicalonline.it

Capitale Sociale Euro 100.000,00 i.v. - Cod. fiscale P. IVA e Iscrizione Registro Imprese di Varese: 01404390039 - R.E.A. 0298298 presso C.C.I.A.A. di Varese





# VERBALE DI COLLAUDO/ CERTIFICATO DI GARANZIA

Mod. 26  
Rev. 00

Pag. 1 di 2

DATA COLLAUDO :

28/04/23

COPIA PER L'ENTE

STRUMENTO: EKV400-RG

SERIAL NUMBER: 002472

AZIENDA / PRESIDIO: ASST di LECCO

REPARTO: DERMATOLOGIA PIANO 1

REFERENTE (es. Primario, Caposala, Ing. Clinica):

RIF. VOSTRO ORDINE N° 1-2023-1440 del 27/03/23

## 1. COLLAUDO

- 1.1 In data odierna, A.C.F. Italia s.r.l. ("Fornitrice") ha provveduto ad effettuare l'attivazione ed il collaudo della apparecchiatura sopra specificata.
- 1.2 Il collaudo è stato effettuato per ogni singola funzione dell'apparecchiatura ed ha evidenziato la sua perfetta efficienza ed il normale funzionamento in tutte le proprie componenti.
- 1.3 La fornitura è risultata pienamente corrispondente alle specifiche dell'ordine di riferimento sopra menzionato.

Eventuali commenti:

ACCENSIONE FUNZIONAMENTO REGOLARE  
FORMAZIONE ANDREA CASSETTA

- 1.4 L'Utilizzatore, nella persona incaricata a ricevere l'apparecchiatura ed a presenziare alle operazioni di collaudo, dichiara di non aver nessuna riserva da muovere in relazione al funzionamento dell'apparecchiatura a seguito dell'avvenuto collaudo.

Si prega di compilare e rendere ad A.C.F. Italia s.r.l. copia del presente documento.

**A.C.F. Italia S.r.l.**

Socio Unico  
Via IV Novembre 52 21020 TAINO (VA)  
Tel. 0331.956521 - Fax 0331.957538  
P.IVA 01404390039

Timbro e firma del Cliente

Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1342 del Codice Civile, l'Utilizzatore dichiara di approvare specificamente sin d'ora e senza riserve le seguenti clausole del presente formulario: 1.4; 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 2.8 (vedi retro)

Timbro e firma del Cliente

A.C.F. Italia S.r.l. con Socio Unico  
Via IV Novembre n°52 - 21020 TAINO (VA)

Tel. 0331-956521 - Fax 0331-957538 - E-mail : acf@medicalonline.it - PEC acfitalia@lwcert.it - www.medicalonline.it  
Capitale Sociale Euro 100.000,00 i.v. - Cod. fiscale P. IVA e Iscrizione Registro Imprese di Varese: 01404390039 - R.E.A. 0298298 presso C.C.I.A.A. di Varese





## **VERBALE DI COLLAUDO/ CERTIFICATO DI GARANZIA**

Rev. 00

Pag. 2 di 2

### **2. GARANZIA**

- 2.1 La presente garanzia ha una validità di 24 (ventiquattro) mesi decorrenti dalla data del collaudo indicata nel presente verbale.
- 2.2 La presente garanzia espressamente non copre eventuali sostituzioni di: lampadine, tubi o contenitori per gas, componenti in vetro facenti parte integrante dell'apparecchiatura, manipoli ed elettrodi o qualunque altro materiale di consumo soggetto a periodico deterioramento che è stato fornito unitamente con l'apparecchiatura anche se non stabilmente connesso ma in rapporto di strumentalità con essa.
- 2.3 Durante il periodo di garanzia, la Fornitrice si riserva sin d'ora la facoltà di effettuare eventuali operazioni di manutenzione sul luogo dell'installazione, presso un proprio Centro di Assistenza Tecnica ovvero mediante l'utilizzo di appositi soggetti terzi incaricati il cui nominativo sarà comunicato all'Utilizzatore al momento della nomina.
- 2.4 Eventuali guasti o malfunzionamenti dell'apparecchiatura dovranno essere segnalati alla Fornitrice immediatamente e comunque non oltre 2 (due) giorni dal momento del loro verificarsi. La Fornitrice non risponde dell'eventuale aggravamento del danno connesso al ritardo nella comunicazione.
- 2.5 L'Utilizzatore autorizza sin d'ora la Fornitrice o i soggetti della stessa incaricati ad accedere ai locali nei quali l'apparecchiatura è installata e ad eseguire le sostituzioni o gli interventi necessari al perfetto funzionamento dell'apparecchiatura stessa.
- 2.6 Le sostituzioni delle parti non coperte dalla presente garanzia e tutti gli interventi di straordinaria manutenzione indispensabili al corretto funzionamento dell'apparecchiatura verranno fatturati separatamente entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'intervento.
- 2.7 La garanzia decade automaticamente a seguito di interventi di manutenzione operata da terzi non autorizzati dalla Fornitrice o in casi di uso improprio.
- 2.8 La Fornitrice non risponde per eventuali danni subiti dall'Utilizzatore della strumentazione o da terzi e provocati da un uso improprio della stessa o comunque non conforme alle istruzioni allegate all'apparecchiatura, dall'uso di ricambi non originali, dalla non osservanza delle vigenti normative sul collegamento della strumentazione alla rete di alimentazione elettrica o causati dal cattivo funzionamento della rete stessa ovvero dalla non osservanza di norme di legge in materia di sicurezza degli impianti elettrici o dei luoghi di lavoro.



Scheda di verifica in base alle norme generali per la sicurezza degli apparecchi elettromedicali e da laboratorio e dei sistemi  
CEI 62-148 Fascicolo 9558E

CLIENTE: **A.O. Lecco**

DATA: 28/04/2023

|                  |        |              |                       |                      |              |
|------------------|--------|--------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| Nr. VERIFICA     | 33586  | APPARECCHIO  | Frigorifero Biologico |                      |              |
| Nr. STB          |        |              |                       |                      |              |
| Nr. ENTE         | L77353 |              |                       |                      |              |
| Nome File Scheda |        | Codice CIVAB | FBI                   | Norma di riferimento | CEI EN 62353 |

|                        |                     |                                      |                        |                   |              |
|------------------------|---------------------|--------------------------------------|------------------------|-------------------|--------------|
| Presidio_Padiglione    |                     | Cod Padiglione_Reparto di ubicazione |                        | Ubicazione        |              |
| OSP_LECCO              |                     | Dermatologia                         |                        | Locale Infermieri |              |
|                        |                     |                                      |                        | Piano: 1          | Stanza N.: - |
| Produttore             |                     | Modello                              |                        | Matricola         |              |
| A.C.F. Italia S.r.l.   |                     | EKV400-RG                            |                        | 002472            |              |
| Targa                  | Marchio CE          | Stato d'uso                          | Reparto di proprietà   |                   |              |
| PRESENTE               | presente            | ok                                   | Dermatologia           |                   |              |
| Stato - Utilizzo       |                     |                                      | Struttura sistema      |                   |              |
| Stato di conservazione | Livello di utilizzo |                                      | Tipologia aggregazione | Nr. STB master    |              |
| ok                     | ok                  |                                      | /                      | /                 |              |

#### IDENTIFICAZIONE

|          |            |      |            |                 |
|----------|------------|------|------------|-----------------|
| Classe   | Serigrafia | Tipo | Serigrafia | Parte applicata |
| CLASSE 1 | presente   | /    | /          | /               |

#### SERIGRAFIE ALIMENTAZIONE

|               |                           |                    |      |                         |
|---------------|---------------------------|--------------------|------|-------------------------|
| Alimentazione | Tensione di alimentazione | Potenza - Corrente |      | Indicazione 0/1 su int. |
| monofase      | 230V                      | 0,5A               | 50HZ | presente                |

#### CARATTERISTICHE ALIMENTAZIONE

|                  |                 |                  |
|------------------|-----------------|------------------|
| Connessione rete | Da alimentatore | Da trasformatore |
| non separabile   | /               | /                |

#### PRESE AUSILIARIE

|                         |                                       |
|-------------------------|---------------------------------------|
| Numero prese ausiliarie | Prese compatibili spine alimentazione |
| /                       | /                                     |

#### SPINA

|         |                              |
|---------|------------------------------|
| Tipo    | Corrente max (A)             |
| SC      | 16                           |
| Marchio | Compatibilità prese impianto |
| VDE     | si                           |

#### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

|                    |                       |              |
|--------------------|-----------------------|--------------|
| Sovracorrenti      | Posizione             |              |
| presenti           | interni               |              |
| Nr. poli protetti  | Tipo → Automatici     |              |
| 2                  |                       |              |
| → Fusibili         | Valore dich.          | Valore pres. |
| FUSIBILI           |                       |              |
| Serigrafia         | Contatti diretti      |              |
| presente           | SI                    |              |
| Pericoli meccanici | Temperature eccessive |              |
| SI                 | SI                    |              |

#### CAVO

|            |                           |                           |                             |
|------------|---------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Separabile | Bloccaggio dell'involucro | Integrità dell'isolamento | Protez. attrav. l'involucro |
| NO         | SI                        | SI                        | NO                          |



Scheda di verifica in base alle norme generali per la sicurezza degli apparecchi elettromedicali e da laboratorio e dei sistemi  
CEI 62-148 Fascicolo 9558E

CLIENTE: **A.O. Lecco**

DATA: 28/04/2023

|                  |        |              |                       |                      |              |
|------------------|--------|--------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| Nr. VERIFICA     | 33586  | APPARECCHIO  | Frigorifero Biologico |                      |              |
| Nr. STB          |        |              |                       |                      |              |
| Nr. ENTE         | L77353 |              |                       |                      |              |
| Nome File Scheda |        | Codice CIVAB | FBI                   | Norma di riferimento | CEI EN 62353 |

**PARAMETRI**


|   |           |                   |   |  |                                      |
|---|-----------|-------------------|---|--|--------------------------------------|
| CORRENTE ASSORBITA                                |           |                   |   |  |                                      |
| TEST DI TERRA E DESCRIZIONE DEL PUNTO DI CONATTO  |           |                   | PRESE AUSILIARIE (mOhm)                     |  |                                      |
| R1 (mOhm)   | R2 (mOhm) |                   |   |  |                                      |
| 98  |           |                   |   |  |                                      |
| RESISTENZA DI ISOLAMENTO                          |           |                   |   |  |                                      |
| Tipo RETE-INVOLUCRO                               |           |                   | over/                                       |  |                                      |
| Tipo INVOLUCRO-PA                                 |           |                   | /   |  |                                      |
| CORRENTI DI DISPERSIONE ( Valori in microAmpere ) |           | METODO UTILIZZATO | <input checked="" type="checkbox"/> DIRETTO | <input type="checkbox"/> DIFFERENZIALE | <input type="checkbox"/> ALTERNATIVO |



N.B.: se si utilizza uno STRUMENTO DI MISURA MQA90 o ESA 601: per le prove delle CORRENTI DI DISPERSIONE NEL PAZIENTE (parti applicate) SCOLLEGARE L'INVOLUCRO in corrispondenza delle boccole/connettori dedicati alla connessione delle parti applicate, RIPRISTINARE L'USUALE COLLEGAMENTO FRA STRUMENTO DI MISURA ED APPARECCHIATURA TESTATA ed eseguire la misura, in modalità manuale, delle correnti di dispersione delle parti applicate (tipo BF e CF). IL MANCATO SCOLLEGAMENTO DELL'INVOLUCRO DALLE BOCCOLE/CONNETTORI DEDICATI ALLE PARTI APPLICATE DURANTE L'ESECUZIONE DI TALE PROVA COMPORTEREBBE L'INDUZIONE DI UNA TENSIONE DI 220V SULL'INVOLUCRO DELL'APPARECCHIATURA TESTATA CON CONSEGUENTE PERICOLO PER IL PERSONALE VERIFICATORE.

|                                   |       |                           |           |
|-----------------------------------|-------|---------------------------|-----------|
| TIPO PA 1                         |       | ULTERIORI PARTI APPLICATE |           |
|                                   |       | Tipo PA2:                 | Tipo PA3: |
| Dispersione nell'apparecchio      | 214uA |                           |           |
| Dispersione nel paziente          |       |                           |           |
| N. SIC DEI COMPONENTI DEL SISTEMA |       |                           |           |

|  |  |                      |  |
|--|--|----------------------|--|
| MOTIVI DI NON CONFORMITA'                        |  | INTERVENTI NECESSARI |  |
| L1:  |  |                      |  |
| L2:  |  |                      |  |
| L3:  |  |                      |  |
| L4:  |  |                      |  |
| STRUMENTI UTILIZZATI PER LE PROVE: FLUKE ESA 615 |  |                      |  |
| NOTE   |  |                      |  |
| LD:  |  |                      |  |

|                                      |          |   |
|--------------------------------------|----------|---|
| CONSTATAZIONE                        | GIUDIZIO | Tecnico<br>Andrea Cassera   |
| Data 28/04/23<br>Codice verificatore | Idoneo   |   |
|                                      |          | Timbro e firma<br> |



Scheda di verifica in base alle norme generali per la sicurezza degli apparecchi elettromedicali e da laboratorio e dei sistemi  
CEI 62-148 Fascicolo 9558E

CLIENTE: **A.O. Lecco**

DATA: 28/04/2023

|                  |        |              |                       |                      |              |
|------------------|--------|--------------|-----------------------|----------------------|--------------|
| Nr. VERIFICA     | 33586  | APPARECCHIO  | Frigorifero Biologico |                      |              |
| Nr. STB          |        |              |                       |                      |              |
| Nr. ENTE         | L77353 |              |                       |                      |              |
| Nome File Scheda |        | Codice CIVAB | FBI                   | Norma di riferimento | CEI EN 62353 |

#### LIMITI NORMATIVI DI RIFERIMENTO

**NORMA TECNICA**  
EN 62353:2008-01 → CEI 62-148 I ed. Fascicolo 9558e

##### Art. 5.3.2

| TIPOLOGIA APPARECCHIO                    | PUNTI DI MISURAZIONE DELLA RESISTENZA R  | LIMITE: |
|--|--|---------|
| Apparecchi muniti di cavo non separabile | R tra conduttore di protezione e connettore di terra dell'alimentazione e parti accessibili conduttive messe a terra                                   | 300 mΩ  |
| Apparecchi con cavo separabile           | R cavo singolo   | 100 mΩ  |
|  | R tra il morsetto di terra di protezione e le parti accessibili conduttive messe a terra   | 200 mΩ  |
|  | R tra il connettore di terra dell'alimentazione e le parti accessibili conduttive messe a terra  | 300 mΩ  |
| Apparecchi alimentati con presa multipla | R tra il connettore della terra di protezione dell'alimentazione principale della presa multipla e tutte le parti conduttive accessibili messe a terra | 500 mΩ  |

##### Art. 5.3.3

| VERIFICA DELLE CORRENTI DI DISPERSIONE INVOLUCRO |           |                         |         |
|--|-----------|-------------------------|---------|
| CLASSE   | TIPO P.A. | METODO                  | LIMITE  |
| I  | B         | Alternativo             | 1000 μA |
|  |           | Diretto o Differenziale | 500 μA  |
|  | BF        | Alternativo             | 1000 μA |
|  |           | Diretto o Differenziale | 500 μA  |
|  | CF        | Alternativo             | 1000 μA |
|  |           | Diretto o Differenziale | 500 μA  |
| II   | B         | Alternativo             | 500 μA  |
|  |           | Diretto o Differenziale | 100 μA  |
|  | BF        | Alternativo             | 500 μA  |
|  |           | Diretto o Differenziale | 100 μA  |
|  | CF        | Alternativo             | 500 μA  |
|  |           | Diretto o Differenziale | 100 μA  |

| VERIFICA DELLE CORRENTI DI DISPERSIONE PARTI APPLICATE |           |             |         |
|--|-----------|-------------|---------|
| CLASSE   | TIPO P.A. | METODO      | LIMITE  |
| I  | BF        | Alternativo | 5000 μA |
|  |           | Diretto     | 5000 μA |
|  | CF        | Alternativo | 50 μA   |
|  |           | Diretto     | 50 μA   |
| II   | BF        | Alternativo | 5000 μA |
|  |           | Diretto     | 5000 μA |
|  | CF        | Alternativo | 50 μA   |
|  |           | Diretto     | 50 μA   |
| A.I.   | BF        | Alternativo | 5000 μA |
|  |           | Diretto     | 5000 μA |
|  | CF        | Alternativo | 50 μA   |
|  |           | Diretto     | 50 μA   |



A.C.F. Italia SRL Taino

## Risultati della prova

### PROVA SUPERATA

**Test effettuato**

Data: 12/04/2023  
Record: EKV400-RG-B  
S.N.002472.mtr  
Modello: IEC 60601-1 CL-1.mtt

**Componenti Ansur utilizzati**

Ansur Versione 2.9.7  
Plug-In: ESA620 Versione 1.1.8

## Setup della prova

### Dispositivo in prova

|                        |                     |             |               |
|------------------------|---------------------|-------------|---------------|
| Numero di serie        | S.N.002472          | Tipo        |               |
| Codice apparecchiatura |                     | Modello     | EKV400-RG-B   |
| Gruppo                 | FRIGOFARMACI        | Reparto     |               |
| Stato                  | VENDITA             | Indirizzo 1 | ASST DI LECCO |
|                        | A.C.F.ITALIA SRL    |             |               |
| Costruttore            | VIA IV NOVEMBRE     | Indirizzo 2 |               |
|                        | 52 21020 TAINO (VA) |             |               |

### Dati MTI

| Strumento per la prova | Numero di serie | Versione del firmware |
|------------------------|-----------------|-----------------------|
| ESA 620                | 2896059         | v2.10                 |

## Firma A.C.F. Italia S.r.l.

Socio Unico  
Via IV Novembre 52 21020 TAINO (VA)  
Tel. 0331.957538 Fax 0331.957538  
P.IVA 01404390039

12/04/23





**DICHIARAZIONE DI CONFORMITA' UE**  
**DECLARATION OF CONFORMITY EU**  
**EU-KONFORMTÄTSEKTLÄRUNG**  
**DECLARATION EU DE CONFORMITE**



COSTRUTTORE  
 MANUFACTURER  
 HERSTELLER  
 FABRICANT

**A.C.F. ITALIA S.r.l.**  
 Via IV Novembre n°52  
 21020 Taino (VA)

TIPO PRODOTTO  
 PRODUCT TYPE  
 PRODUKTART  
 TYPE PRODUCT

FRIGORIFERO PER FARMACI

**Modello / Model / Module / Module**

**EKV400-RG**

**Matricola / Serial Number / Serien Nummer**

/ / / / 0 0 2 4 7 2 / / /

- ☐ Con la presente ACF Italia dichiara sotto la propria responsabilità, che il prodotto rispetta per progettazione e costruzione i requisiti delle direttive comunitarie.
- ☐ Herewith ACF Italia declares under its own responsibility, that the above - mentioned product meets in planning and construction the requirements of the EC directives.
- ☐ Hiermit erklärt ACF Italia, unter seiner eigenen Verantwortlichkeit, daß die obengenannten Produkt in der Entwurf und Herstellung die Anforderungen der EG Richtlinien entspricht.
- ☐ Avec cette déclaration la société ACF Italia s'engage, sous sa responsabilité, que le produit susmentionné, soit pour ce qui concerne le projet que pour la construction, respect les conditions requises par la Directive Communautaire.

Direttiva bassa tensione / Low Voltage Directive /  
 Niederspannungsrichtlinie / Directive basse tension

**2014/35/UE**

- ☐ La conformità è stata verificata con l'ausilio delle seguenti norme armonizzate:
- ☐ Conformity has been checked by means of the following harmonized standards:
- ☐ Die Konformität wurde auf Grunde u.a. Harmonisierten Normen geprüft:
- ☐ La conformité a été vérifiée avec le support des suivantes normes:

**EN 61010-1: 2010**  
**EN 61010-2-011: 2017**

Direttiva Compatibilità Elettromagnetica / Electromagnetic Compatibility  
 Directive  
 EMV Richtlinie / Directive Compatibilité électromagnétique

**2014/30/UE**

- ☐ La conformità è stata verificata con l'ausilio delle seguenti norme armonizzate:
- ☐ Conformity has been checked by means of the following harmonized standards:
- ☐ Die Konformität wurde auf Grunde u.a. Harmonisierten Normen geprüft:
- ☐ La conformité a été vérifiée avec le support des suivantes normes:

**EN 61326-1:2013**

Direttiva RoHS  
 RoHS Directive  
 RoHS Richtlinie  
 Directive RoHS

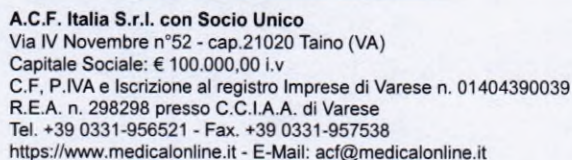
**2011/65/CE; 2015/863/UE**  
**+ s.m.i.**

12/04/2023

Data Emissione

*Achille Foglia*  
 Amministratore Unico  
 Achille Foglia





Spett.le

**ASST di Lecco**  
Via Dell'Eremo n°9/11  
23900 LECCO (LC)  
destinazione merce

**MAGAZZINO**  
Via della Filanda n°11  
23900 Lecco (LC)

FIRMA (per uso interno) \_\_\_\_\_

FIRMA (per accettazione merci) \_\_\_\_\_





Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco  
Via dell'Eremo 9/11 - 23900 Lecco  
C.F. - P.I. 03622120131

## ORDINATIVO D'ACQUISTO

- Ingegneria Clinica 0341-489438  
0341-489448  
- Magazzino Lecco 0341-489794  
- Magazzino Merate 039-5916387  
E-mail: sic@asst-lecco.it

| Numero          | Data       | Pagina |
|-----------------|------------|--------|
| 1 - 2023 - 1440 | 27/03/2023 | 1 di 2 |

[ DEP: SIC ] Codice commessa/convenzione: #UFDLTC#

Spett.le: (103962)

A.C.F. ITALIA SASDI FOGLIA ACHILLE & C  
VIA IV NOVEMBRE, 52  
21020 TAINO (VA)  
TEL: 0331956521  
FAX: 0331/957538

acf@medicalonline.it

Dep. Emittente: **SIC (Servizio Ing. Clinica)** CODICE UNIVOCO UFFICIO per invio fattura elettronica: UFDLTC  
Consegna: **08.30 - 12.30 dal Lunedì al Venerdì**  
Presso: **MAGAZZINO ECONOMALE - VIA DELLA FILANDA, 11 - 23900 LECCO**  
Data Prevista Consegna: 26/04/2023  
Note:

Per comunicazioni relative al seguente Ordine contattare: **Arnoldi Alessia** - Tel.: **0341-489438**

| RG. | DESCRIZIONE MERCE   | U.M. | Q.TA' | PRZ.UNIT.   | SC.  | VALORE   | IVA |
|-----|---|------|-------|-------------|------|----------|-----|
| 1   | <b>Ns.Cod.: 93677</b><br><b>Cod. Articolo Produttore: EKV400-RG</b><br>FRIGORIFERO PER LA CONSERVAZIONE DI FARMACI E/O<br>EMODERIVATI COD. EKV400-RG (CESPITE)<br>Ref. Produttore: EKV400-RG<br>CIG: Z193A6AF5A<br>Per: 20021 DERMATOLOGIA LC<br>Rif. comm. 314 - INVESTIMENTI DGR X1-3479 TECNOLOGIA SIC | PZ   | 1,00  | 2.400,00000 | 0,00 | 2.400,00 | 22  |

**Note:**

Si invita a contattare la S.C. Ingegneria Clinica (Tel. 0341-489136) per concordare la data di consegna e collaudo.

Garanzia di 24 mesi dalla data di collaudo favorevole.

VDS n. 3051 del 03/03/2023

| RIFERIMENTI CONTRATTO<br>(SERIE / NUMERO) - (DELIBERA) | IMPONIBILE | IVA    | TOTALE   |
|--|------------|--------|----------|
| Condizioni generali di fornitura: C2023/1894           | 2.400,00   | 528,00 | 2.928,00 |

1) Ai sensi dell'art. 3 della Legge 136/2010 e s.m.i. il Fornitore si impegna a rispettare gli obblighi sulla tracciabilità dei flussi finanziari, pena la nullità del Contratto.  
 2) Ai sensi del D.P.R. 207/2010 e della Circolare INAIL del 24/03/2011, per l'acquisizione d'Ufficio del D.U.R.C., il Fornitore è tenuto a comunicare: Codice Fiscale, CCNL applicato al personale dipendente, Numero dipendenti, Matricola Aziendale INPS e Sede Competente, Codice ditta INAIL, Sede Legale, Sede Operativa, Recapito Corrispondenza.  
 3) Ai fini del pagamento, RIPORTARE SEMPRE il numero del presente Ordine su DDT e Fatture.  
 4) Termini di pagamento 60 giorni data ricevimento fattura - Trasporto e imballo a carico del Fornitore.  
 5) Se il prezzo applicato sull'ordine non è conforme al vostro listino, vi chiediamo di formalizzarci un'offerta prima dell'evasione dell'ordine.  
 NB. NON VERRANNO ACCETTATE FATTURE INVIATE IN DATA ANTECEDENTE RISPETTO ALL'EFFETTIVA CONSEGNA DELLA MERCE PRESSO I NOSTRI MAGAZZINI.







Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco  
Via dell'Eremo 9/11 - 23900 Lecco  
C.F. - P.I. 03622120131

## ORDINATIVO D'ACQUISTO

- Ingegneria Clinica 0341-489438  
0341-489448  
- Magazzino Lecco 0341-489794  
- Magazzino Merate 039-5916387  
E-mail: sic@asst-lecco.it

| Numero          | Data       | Pagina |
|-----------------|------------|--------|
| 1 - 2023 - 1440 | 27/03/2023 | 2 di 2 |

[ DEP: SIC ] Codice commessa/convenzione: #UFDLTC#

| RIFERIMENTI CONTRATTO<br>(SERIE / NUMERO) - (DELIBERA) | IMPONIBILE | IVA    | TOTALE   |
|--|------------|--------|----------|
| 13585 del 20/03/2023                                   | 2.400,00   | 528,00 | 2.928,00 |

Il Direttore UOC Ingegneria Clinica

## Condizioni generali di fornitura:

- 1) Ai sensi dell'art. 3 della Legge 136/2010 e s.m.i. il Fornitore si impegna a rispettare gli obblighi sulla tracciabilità dei flussi finanziari, pena la nullità del Contratto.
  - 2) Ai sensi del D.P.R. 207/2010 e della Circolare INAIL del 24/03/2011, per l'acquisizione d'Ufficio del D.U.R.C., il Fornitore è tenuto a comunicare: Codice Fiscale, CCNL applicato al personale dipendente, Numero dipendenti, Matricola Aziendale INPS e Sede Competente, Codice ditta INAIL, Sede Legale, Sede Operativa, Recapito Corrispondenza.
  - 3) Ai fini del pagamento, RIPORTARE SEMPRE il numero del presente Ordine su DDT e Fatture.
  - 4) Termini di pagamento 60 giorni data ricevimento fattura - Trasporto e imballo a carico del Fornitore.
  - 5) Se il prezzo applicato sull'ordine non è conforme al vostro listino, vi chiediamo di formalizzarci un'offerta prima dell'evasione dell'ordine
- NB. NON VERRANNO ACCETTATE FATTURE INVIATE IN DATA ANTECEDENTE RISPETTO ALL'EFFETTIVA CONSEGNA DELLA MERCE PRESSO I NOSTRI MAGAZZINI.





**Gestione Acquisti**

Direttore: Dr. Enrico Guido Ripamonti  
Via dell'Eremo 9/11, 23900 Lecco  
Tel. 0341.489049  
Fax 0341.489059  
e-mail [e.ripamonti@asst-lecco.it](mailto:e.ripamonti@asst-lecco.it)

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Lecco

ASST Lecco



Protocollo n. 0013585/23U  
1.6.3 20/03/2023  
C. IPA: asst1 A00: asst1  
COD.REG.PROT: RP02

Spett.le  
ACF ITALIA SRL  
Via IV Novembre, 52  
21020 Taino VA

A mezzo PEC

**Oggetto: affidamento fornitura di n. 1 frigorifero per la conservazione di farmaci e/o emoderivati, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera a) del DL 76/2020, come modificato dal DL 77/2021 (affidamento diretto)**

Con la presente si comunica a codesta rispettabile società l'affidamento diretto della fornitura di n. 1 frigorifero per la conservazione di farmaci e/o emoderivati modello EKV400-RG, completo di n. 8 ripiani, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lettera a) del DL 76/2020, come modificato dal DL 77/2021, alle condizioni previste dalla vostra offerta n. 8046 del 17 febbraio 2023, qui di seguito indicate:

| Descrizione   | Codice    | Q.tà | Importo unitario<br>IVA esclusa |
|---|-----------|------|---------------------------------|
| Frigorifero per la conservazione di farmaci e/o emoderivati, completo di n. 8 ripiani | EKV400-RG | 1    | € 2.400,00                      |

Garanzia: 24 mesi

CIG: Z193A6AF5A

Fatturazione a seguito di collaudo favorevole;

Seguirà l'invio dell'ordinativo di acquisto tramite canale NSO.

La presente costituisce contratto per la fornitura in oggetto. Una copia della presente dovrà essere firmata digitalmente ed inviata all'indirizzo PEC: [protocollo@pec.asst-lecco.it](mailto:protocollo@pec.asst-lecco.it).

Distinti saluti.

Il Direttore  
S.C. Gestione Acquisti  
Dr. Enrico Guido Ripamonti

Il Legale Rappresentante  
ACF ITALIA SRL

Responsabile del Procedimento: Dott. Enrico Guido Ripamonti  
Pratica gestita da: Sig. Marco Mainetti

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco  
Via dell'Eremo 9/11, 23900 Lecco - Tel. 0341.253000 - C.F. / P.I. 03622120131  
[www.asst-lecco.it](http://www.asst-lecco.it)





**RICHIESTA D' ACQUISTO**

Sistema Socio Sanitario

**Regione  
Lombardia  
ASST Lecco****18986**

E' necessario compilare il modulo in tutte le sue parti - per eventuali informazioni mancanti, motivare la mancata compilazione. LE RICHIESTE INCOMPLETE NON POTRANNO ESSERE EVASE.

**PRESIDIO:** Bellano    **STRUTTURA COMPLESSA:** 0309-S.I.C. - Servizio Ingegneria Clinica**DATA:** 03/03/2023    **Codice Centro di Costo:** 20200-SERVIZIO\_INGEGNERIA\_CLINICA\_LC**Richiesta di acquisto:** Bene**MOTIVAZIONI:**

- ☒ nuova dotazione/necessità (specificare nelle righe sottostanti l'esigenza d'acquisto o allegare relazione)
- ☐ maggiore dotazione/necessità (specificare nelle righe sottostanti l'esigenza d'acquisto o allegare relazione)
- ☐ reintegro scorte (indicare precedente richiesta d'ordinativo d'acquisto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)
- ☐ sostituzione per fuori uso (compilare e allegare Modulo 'dismissione bene' per il cespite fuori uso)
- ☐ altro motivo (specificare nelle righe sottostanti o allegare relazione)
- Si veda la valutazione della RDA in allegato

**Fabbisogno occasionale:** ☒ Si    ☐ No (Indicare per le merci di consumo la probabile durata nel tempo di quanto richiesto: \_\_\_\_\_)

| Descrizione Prodotto/Servizio e Codice Prodotto Fornitore<br>(allegare eventuale documentazione di riferimento) | Unità di misura | Quantità<br>richiesta |
|---|-----------------|-----------------------|
| 1 frigorifero modello \"EKV400-RG\" come da scheda tecnica allegata   | NR              | 1                     |
| garanzia 24 mesi - a AFC Italia srl prev prot.8046 del 17/02/23   |                 |                       |
| tot € 2.400,00 + iva 22%  |                 |                       |
|   |                 |                       |
|   |                 |                       |
|   |                 |                       |
|   |                 |                       |
|   |                 |                       |

**Fonte di Finanziamento:** Progetto Regionale    DGR 3479**Numero e data della verifica di sussistenza:** VDS 3051 del 03/03/23**Il Responsabile della S.C. o suo delegato** Caffaro

Se necessaria approvazione da parte di altri uffici competenti (da raccogliere da parte della S.C. richiedente):

Si esprime parere ☐ favorevole    ☐ non favorevole    **Il Direttore** \_\_\_\_\_**Note:** \_\_\_\_\_**Richiesta** ☐ accettata    ☐ non accettata    **in data** \_\_\_\_\_**Motivo del rifiuto:** \_\_\_\_\_**Il Gestore di spesa** \_\_\_\_\_



**Roberta Brusadelli**

Nr. Protocollo 0008046  
Data Protocollo 17/02/2023

**Da:** Daniela Casolino <d.casolino@asst-lecco.it>  
**Inviato:** 17/02/2023 08:48:27  
**A:** Protocollo  
**CC:** Caterina Gennaro; Alessia Arnoldi  
**BCC:**  
**Oggetto:** I: Richiesta preventivo  
**Allegati:** Scheda tecnica EKV400-RG 8 griglie (2022).pdf

Buongiorno,

chiedo cortesemente di protocollare l'offerta ricevuta via email.

Ringraziando per la collaborazione,

cordiali saluti

Ing. Daniela Casolino

Tel. 0341 253122

Email d.casolino@asst-lecco.it <mailto:d.casolino@asst-lecco.it>

S.C. Ingegneria Clinica

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco

Via dell'Eremo n.9/11 - 23900 Lecco

**Da:** roberto.foglia@medicalonline.it <roberto.foglia@medicalonline.it>  
**Inviato:** giovedì 16 febbraio 2023 08:55  
**A:** Daniela Casolino <d.casolino@asst-lecco.it>  
**Oggetto:** R: Richiesta preventivo

Buongiorno Daniela

In allegato la scheda tecnica del frigorifero da Voi richiesto.

Il prezzo di listino è pari a € 4.436 + IVA, con lo sconto a Voi dedicato costa € 2.400 + IVA.

L'armadio ha già in dotazione nr 8 ripiani a griglia.

Abbiamo il prodotto, come semilavorato, a magazzino quindi tempi di consegna molto rapidi da eventuale ordine.



Confermo che la garanzia è 24 mesi e che di serie ci sono i contatti NC/NO remoti.

A disposizione per ogni eventuale chiarimento, l'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Roberto Foglia

PS) Dimmi se devo farti inviare offerta ufficiale o se va bene questa email.

Grazie

RESPONSABILE COMMERCIALE

A.C.F. ITALIA SRL

Via IV Novembre 52

21020 Taino (VA)

T +39(0)331 956521

F +39(0)331 957538

C +39 327 6912316

E roberto.foglia@medicalonline.it <mailto:roberto.foglia@medicalonline.it>

W www.medicalonline.it <https://eur04.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Fwww.medicalonline.it%2F&data=05%7C01%7Cr.brusadelli%40asst-lecco.it%7Cb4b2340bbd6a4254bb7408db10bb434d%7C5881d251091949928544615ce105b931%7C0%7C0%7C638122169069472898%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWljiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzliLCJBTiI6IjEhaWwiLCJXVCi6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=BZC8VAvP2Sz72scyciiO1uqx2GEXUrnKtt%2Bvunzl2mc%3D&reserved=0>

Da: Daniela Casolino <d.casolino@asst-lecco.it <mailto:d.casolino@asst-lecco.it> >

Data: mercoledì 15 febbraio 2023 11:10

A: ACF Italia - Refrigeration <commerciale@medicalonline.it <mailto:commerciale@medicalonline.it> >

Oggetto: Richiesta preventivo

Buongiorno,

con la presente vi chiedo la vostra migliore offerta per un frigorifero per farmaci così caratterizzato:

- \* Da 400l;
- \* Con porta a vetro e serratura con chiavi;
- \* Registratore grafico a dischetto;
- \* N.8 ripiani;
- \* Possibilità di connessione ad allarme remotizzato;
- \* Garanzia 24 mesi;



Chiedo anche vs tempi di consegna,  
ringraziandovi anticipatamente,  
cordiali saluti

Ing. Daniela Casolino

Tel. 0341 253122

Email [d.casolino@asst-lecco.it](mailto:d.casolino@asst-lecco.it) <<mailto:d.casolino@asst-lecco.it>>

S.C. Ingegneria Clinica

Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco

Via dell'Eremo n.9/11 – 23900 Lecco

---



## FRIGORIFERO PER LA CONSERVAZIONE DI FARMACI E/O DERIVATI



Immagine illustrativa, può variare in base all'allestimento

**Capacità lorda:** 400 litri

**Capacità netta:** 380 litri

**Range di temperatura:** da 0 a +15°C

**Temperatura preimpostata:** +4°C

**Dimensioni esterne:** 600x648x1876mm

**Dimensioni interne:** 460x467x1638mm

**Peso lordo:** 80 Kg

**Rumorosità:** <45 DbA

**Potenza:** 230V/1ph/50Hz/105W

**Ventilazione:** automatica

**Normative:** Prodotto conforme alle normative CE attualmente in vigore

### Struttura:

Esterna composta da una scocca in acciaio skinplate preverniciato bianco anticorrosione, di facile pulizia.

Interna composta in materiale termoformato ABS atossico bianco, sanificato antibatterico.

Angoli e fondo vasca arrotondati per evitare fuoriuscite di liquidi, di facile pulizia.

### Isolamento:

Poliuretano espanso **50 mm** (ad alta densità 42 Kg/m<sup>3</sup>) CFC free.

### Porte:

**Nr. 1 porta** in vetro temprato doppio strato, anticondensa, con maniglia ergonomica.

### Serratura:

**Nr. 1** blocco di sicurezza, con **nr. 2** chiavi a corredo.

### Registratore temperature:

Il registratore temperature è di tipo a disco diagrammato settimanale su carta, autoalimentato da pila AAA. Con 52 dischi e pennino a corredo.

(maggiori informazioni a pagina 3 della presente scheda)





## Scheda tecnica: **EKV400-RG**

### **FRIGORIFERO PER LA CONSERVAZIONE DI FARMACI E/O DERIVATI**

#### **Ripiani:**

L'apparecchio è dotato di **nr. 8** ripiani a griglia in acciaio plastificato, regolabili in altezza.

#### **Piedini:**

Fornito con **nr. 2** piedi anteriori regolabili e **nr. 2** rulli posteriori per facilitare spostamento.

Disponibile, come accessorio (se non esplicitamente richiesto in capitolato), kit **nr. 4** ruote piroettanti di cui **nr. 2** anteriori con freno di stazionamento.

#### **Illuminazione:**

L'illuminazione interna è realizzata da un led bianco freddo che offre una buona visibilità e un notevole risparmio energetico rispetto alle lampadine tradizionali (circa il 70%).

È inoltre possibile attivare il led tramite il pannello di controllo.

#### **Sbrinamento:**

Lo sbrinamento è di tipo automatico con evaporazione della condensa a resistenza.

#### **Unità refrigerante:**

Montata nella parte inferiore della macchina, compressore ermetico, di tipo tropicalizzato.

I gas refrigeranti utilizzati, sono dei gas ecologici R600a CFC HCFC free, che sono conformi alla norma F-Gas nr. 517/2014 GWP=3.

#### **Allarmi acustici e visivi per:**

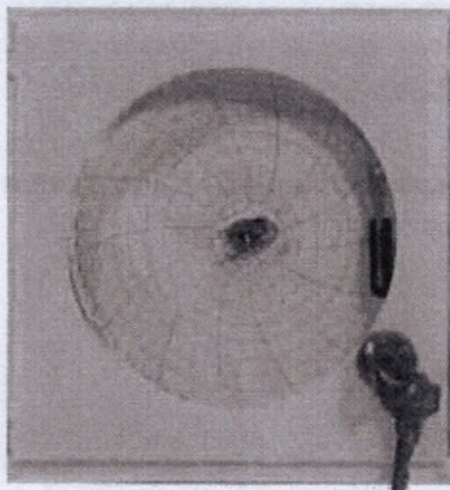
- **Alta bassa temperatura**
- **Porta aperta**
- **Condensatore sporco**
- **Sonda out**
- **Contatti allarmi remoti NO NC**

#### **Foro passante:**

Di serie, per inserimento sonde di monitoraggio esterne (Es. Sirius, Spylog, Xweb).



## PANNELLO DI CONTROLLO ACF200RG



Il pannello di controllo ACF200RG è un pannello di controllo avente un termostato e un registratore grafico settimanale delle Temperature a disco carta e un interruttore ON/OFF, installati per gestire tutte le funzioni.

Il termostato è un termoregolatore elettronico a più relè adatto per la gestione di macchine frigorifere quali armadi, banchi e celle sia nelle versioni statiche o ventilate, con sbrinamento a sosta o elettrico.



Strumento dotato di ingressi analogici per sonde di temperatura NTC o PTC, ingresso digitale, minimo 3 relè per la gestione di compressore, ventole e sbrinamento e buzzer di elevata potenza. Dotato di comando luce, può essere configurato anche per applicazioni di chiamata caldo.



A seconda del modello montato sulla macchina offerta, disponibile anche la versione per sbrinamenti in real time.

Configurabile per tutte le applicazioni freddo, può avere lo sbrinamento configurabile a sosta, a resistenze o ad inversione di ciclo ed impostabile per frequenza o per temperatura.



Funzioni START/STOP sbrinamento manuale da tasto.

ON/OFF impianto da tasto.

ON/OFF luce cella con tasto o tramite micro porta (se si configura l'uscita sbrinamento come luce cella).

Visualizzazione/regolazione della temperatura con punto decimale.

Risoluzione strumento 0,1 °C.

Precisione lettura sonde +/- 0,5°C

Range d'uso -45 +99°C

Buzzer interno per segnalazioni sonore degli allarmi/malfunzionamenti.

Superficie frontale piana per una facile pulizia, tasti di ampie dimensioni.





## Scheda tecnica: **EKV400-RG**

### **PANNELLO DI CONTROLLO ACF200RG**

Display ad alta luminosità.

Protezione frontale IP65, con duplice possibilità di fissaggio (clips - viti).

Isolamento classe II.

Su alcuni modelli presente anche connessione seriale RS485 per protocollo Modbus-RTU o altro sistema simile.

Dimensioni 93x37x59 mm

Il registratore grafico è uno strumento a gas inerte, altamente affidabile e preciso. Autoalimentato con pila AAA.

Idoneo all'impiego nelle industrie alimentari, farmaceutiche e della refrigerazione grazie all'assenza totale di mercurio.

Strumento conforme alla norma europea UNI EN 12380-13846 e 13485.

Fornito a corredo di una fornitura annuale di 52 dischi diagrammati e di 1 pennino di ricambio.

Lo strumento è protetto da una maschera frontale realizzata in plexiglass, con serratura (e nr 2 chiavi a corredo).

A.C.F. Italia Srl si RISERVA il diritto di utilizzare, sulle proprie macchine, strumenti uguali per prestazioni anche se provenienti da diverso fornitore.



**DIPARTIMENTO / S.C. 0309-S.I.C. - Servizio Ingegneria Clinica**

- Alla S.C. ECONOMICO-FINANZIARIA, per la verifica della sussistenza del fondo/progetto.

*Al fine di acquisire (descrizione del bene e/o del servizio)*

1 frigorifero farmaci - Dermatologia

comm 314

la cui spesa massima presunta sarà di euro 2.928,00

si chiede di verificare che tale importo trovi capienza

☐ nel fondo di cui si ha la gestione 212.001. (descrizione) \_\_\_\_\_

☒ nel progetto di cui si ha la gestione (descrizione) DGR 3479/20

Tale acquisizione avverrà conformemente alle disposizioni della normativa vigente e delle procedure interne.

**Il Direttore del Dipartimento / S.C.**

Data 03/03/2023



## **Daniela Casolino**

---

**Da:** Simona Miraglia per conto di Richiesta Fondi  
**Inviato:** martedì 7 marzo 2023 09:41  
**A:** Daniela Casolino; Richiesta Fondi  
**Cc:** Servizio Ingegneria Clinica  
**Oggetto:** I: VDS 3051/23 e VDS 3052/23 - COMMESSA 314  
**Allegati:** VDS 3052 del 030323.pdf; VDS 3051 del 030323.pdf

Si inviano le richieste approvate.  
Buona giornata.  
Simona

**Da:** Sara Vassena <s.vassena@asst-lecco.it>  
**Inviato:** martedì 7 marzo 2023 09:13  
**A:** Richiesta Fondi <richiestafondi@asst-lecco.it>  
**Oggetto:** I: VDS 3051/23 e VDS 3052/23 - COMMESSA 314

Dal controllo effettuato, il finanziamento dell'intervento richiesto trova capienza nell'assegnazione regionale da utilizzare.  
NON trattandosi di fondi dipartimentali o di reparto, non è previsto dal Regolamento aziendale l'inoltro alla Direzione Amministrativa per la validazione della richiesta.  
Si prega di inviare la validazione al direttore interessato, per i successivi adempimenti.  
Cordiali Saluti.

Dr.ssa Sara Vassena  
Responsabile F.F. UOC Programmazione Bilanci e Contabilità  
Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco  
Via dell'Eremo 9/11  
23900 - Lecco  
Tel.0341-489051

**Da:** Arianna Colzani <a.colzani@asst-lecco.it> **Per conto di Richiesta Fondi**  
**Inviato:** venerdì 3 marzo 2023 09:40  
**A:** Sara Vassena <s.vassena@asst-lecco.it>  
**Cc:** Richiesta Fondi <richiestafondi@asst-lecco.it>  
**Oggetto:** I: VDS 3051/23 e VDS 3052/23 - COMMESSA 314

Si inoltra per nulla osta.  
Le VDS 3051/23 e 3052/23 trovano capienza nella Commessa 314 - DGR.3479-2020 DECRETO N 10853-2020 ALLEGATO 3

A disposizione per eventuali chiarimenti porgo cordiali saluti,

*Arianna Colzani*

S.C. Bilancio, Programmazione e Contabilità – Ufficio Bilancio  
**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco**  
Via Dell'Eremo, 9/11 - 23900 Lecco  
Tel. 0341/489084 (int. 2084) - e-mail: [a.colzani@asst-lecco.it](mailto:a.colzani@asst-lecco.it)





**Da:** Daniela Casolino <d.casolino@asst-lecco.it>

**Inviato:** venerdì 3 marzo 2023 08:20

**A:** Richiesta Fondi <richiestafondi@asst-lecco.it>

**Cc:** Caterina Gennaro <c.gennaro@asst-lecco.it>; Marta Castoldi <m.castoldi@asst-lecco.it>; LETIZIA SONGIA <l.songia@asst-lecco.it>

**Oggetto:** VDS comm 314

Buongiorno,  
si inviano in allegato le VDS in allegato relative alla commessa 314, per l'approvazione.  
Ringraziando per la collaborazione,  
cordiali saluti

**Ing. Daniela Casolino**

Tel. 0341 253122

Email d.casolino@asst-lecco.it

S.C. Ingegneria Clinica

**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco**

Via dell'Eremo n.9/11 – 23900 Lecco



**SCHEDA DI VALUTAZIONE ACQUISIZIONE****APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE E DA LABORATORIO**

Codice pratica S.C. Ingegneria Clinica: 2023.23

Referente pratica: Daniela Casolino

Destinazione (presidio/reparto): Lecco, Dermatologia

Unità Operativa: S.C. Dermatologia

Tipologia dell'apparecchiatura (descrivere brevemente le specifiche tecniche del bene):

n. 1 frigorifero per la conservazione di farmaci, connesso ad allarme remoto

Tipologia di acquisizione:

L'apparecchiatura può essere acquisita in: ☒ acquisto ☐ comodato  
☐ noleggio ☐ altro: \_\_\_\_\_  
☐ service

Sono attivi contratti/convenzioni: ☐ CONSIP ☐ Consorzio  
☐ ARIA ☒ altro: richiesta preventivo

Sostenibilità finanziaria e modalità di copertura economica:

La spesa è da imputare sulla D.G.R. XI/3479/2020, dove trova capienza.

Tipo e N. di prestazioni erogate: Utilizzo per conservazione giornaliera di farmaci utilizzati in reparto.

Descrizione delle necessità individuate (Indicazioni cliniche, destinazioni d'uso, attuale modalità organizzativa):

Il reparto ha necessità di un proprio frigorifero farmaci, attualmente usufruiscono di quello dell'allergologia che è datato e non collegato ad un sistema di allarmi remotizzato. Nel 2019, il frigorifero è stato inavvertitamente spento, con conseguente perdita dei farmaci contenuti.

Indicare i benefici attesi in termini di rilevanza tecnica e clinica: Conservazione farmaci.

La nuova tecnologia è già esistente nella propria struttura: si.

La nuova tecnologia necessita di materiali di consumo? ☐ SI ☒ NO

Se SI, indicare il numero e la tipologia di materiali consumabili utilizzabili durante l'anno:

I materiali consumabili richiesti vengono già utilizzati in azienda? ☐ SI ☐ NO ☒ N.A.

E' necessario parere Commissione Dispositivi Medici?

☐ SI ☒ NOLa Commissione Dispositivi Medici esprime parere: ☐ Favorevole ☒ Non favorevole

Necessità di numero di inv. SIC?

☒ SI ☐ NO

Necessità di cespiti?

☒ SI ☐ NO

Incrementa il valore di un cespito esistente (num. ....)?

☐ SI ☒ NO

Necessità di collaudo?

☒ SI ☐ NO



**Se l'apparecchiatura è in sostituzione di un'altra apparecchiatura in dotazione:**

Quale tecnologia sostituisce (tipo): Sonda lineare Inv. SIC 31796

Marca: Siemens Healthcare Srl

Modello: L13-5

Accessori: no

Anno di acquisto: 03/08/2020

Tipo e N. di prestazioni erogate (ultimo anno): Non quantificabili.

Motivazione sostituzione (obsolescenza tecnologica/affidabilità/non riparabilità/altro): Smaltimento involontario da parte del reparto.

Interventi di manutenzione subiti nel corso degli anni, comprensivi dei costi: n.0 interventi di manutenzione correttiva tracciati nel gestionale, apparecchiatura in garanzia.

**IMPATTO ORGANIZZATIVO**

- 1) **Personale aggiuntivo necessario all'implementazione della tecnologia proposta** SI ☐ NO ☒

Se SI specificare la categoria del personale

- 2) **La tecnologia richiede nuovi spazi o la riorganizzazione di spazi esistenti?** SI ☒ NO ☐

Se SI, che tipo di lavori sono necessari?

Allacciamento all'allarme remotizzato e cambio della presa esistente con una tipo shuko.

- 3) **La tecnologia ha un impatto organizzativo sulla tecnologia di altre U.O.?** SI ☐ NO ☒

Se SI, indicare l'eventuale personale necessario e/o eventuali riorganizzazioni necessarie?

- 4) **E' necessaria l'acquisizione di altre apparecchiature/SW/etc. a corredo della tecnologia proposta necessari all'implementazione dell'intero processo?** SI ☐ NO ☒

Se SI, quali ulteriori apparecchiature/SW/etc. sono necessari?

**FATTIBILITA' ECONOMICA**

L'apparecchiatura può essere acquisita in:

☒ acquisto

☐ noleggio

☐ service

☐ comodato

☐ \_\_\_\_\_

|  | IMPORTO PRESUNTO<br>SENZA IVA | NOTE                        |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| APPARECCHIATURA COMPLETA DI ACCESSORI                                | € 4.000,00                    | Garanzia di 24 mesi inclusa |
| ASSISTENZA TECNICA POST VENDITA (GARANZIA)                           | € 0                           |                             |
| ADEGUAMENTO LOCALI (impianto elettrico, idraulico, lavori edili,...) | € 0                           |                             |
| ADEGUAMENTO INFORMATICO (punti rete, hardware e software, ...)       | € 0                           |                             |



|                 |     |  |
|-----------------|-----|--|
| ALTRE SPESE: NO | € 0 |  |
|-----------------|-----|--|

TOTALE DELLA FORNITURA € 4.000,00 + IVA

#### VALUTAZIONE ALTRE STRUTTURE

Note:

#### VALUTAZIONE ALTRE STRUTTURE

| S.C./S.S./S.D. - PARERE   | SI ESPRIME PARERE   | FIRMA DEL DIRETTORE | DATA     |
|---|---|---------------------|----------|
| Tecnico-Patrimoniale <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     | <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole |                     | __/__/__ |
| SPP <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                      | <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole |                     | __/__/__ |
| SIA <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                      | <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole |                     | __/__/__ |
| Provveditorato-Economato <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole |                     | __/__/__ |
| Altro: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO                   | <input type="checkbox"/> Favorevole <input type="checkbox"/> Non favorevole |                     | __/__/__ |

Referente pratica: Enrico Bueche

Lecco, il 15/02/2023

Direttore f.f. della S.C. Ingegneria Clinica: Cefano

Lecco, il 20/02/2023

|  | RICHIESTA AUTORIZZATA  | FIRMA  | DATA           |
|--|--|--|----------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Direttore Medico di Presidio | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  | <u>27/2/23</u> |
| <input type="checkbox"/> Direttore Sanitario Aziendale           | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |  | <u>1/3/23</u>  |

#### ATTESTAZIONE DI COPERTURA ECONOMICA (se la richiesta è stata autorizzata)

L'apparecchiatura richiesta è prevista nel Piano Investimenti per l'anno 2023?

☐ SI ☒ NO

La spesa trova copertura economica?

☒ SI, si procede con l'acquisizione.

|                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| conto COGE: 015.020.00001   | finanziamento: DGR 3479       |
| n° verifica di sussistenza: | data verifica di sussistenza: |



☐ NO, quindi la richiesta verrà inserita nell'elenco delle apparecchiature che sono in attesa di copertura economica.

Note

|  |
|--|
|  |
|--|

Referente pratica: \_\_\_\_\_

Lecco, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Direttore f.f. della S.C. Ingegneria Clinica: \_\_\_\_\_

Lecco, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

| DATA       | FIRMA   | RICHIESTA AUTORIZZATA | DATA       | FIRMA   | RICHIESTA AUTORIZZATA |
|------------|---------|-----------------------|------------|---------|-----------------------|
| 2017/01/10 | [Firma] | SI                    | 2017/01/10 | [Firma] | SI                    |
| 2017/01/10 | [Firma] | SI                    | 2017/01/10 | [Firma] | SI                    |





## Richiesta acquisizione apparecchiatura elettromedicale e da laboratorio

INFORMAZIONI GENERALI SUL RICHIEDENTEPRESIDIO /  
POLIAMBULATORIO:

DENTROLOGIA

DIPARTIMENTO:

AREA MEDICA

S.C. / S.S. / S.S.D.:

CENTRO DI COSTO:

20021

INFORMAZIONI GENERALI SUL BENE RICHIESTOINDICAZIONI SUL BENE RICHIESTO:

| QUANTITA' | DESCRIZIONE SINTETICA DEL BENE RICHIESTO                                 |
|-----------|--|
| n 1       | Frigorifero per farmaci Mod. R 100V<br>(come da documento come allegato) |
| n 6       | previsto con 3 ripiani<br>tipici in più rispetto a quelli indicati       |

LOCAZIONE DEL BENE RICHIESTO:PRESIDIO/  
POLIAMBULATORIO:

PALAZZINA:

PIANO:

S.C. / S.S. / S.S.D.:

STANZA:

CENTRO DI COSTO:

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA:

Nuovo apparecchiatura/accessorio (estensione parco macchine esistente)



Aggiornamento apparecchiatura/accessorio esistente



Sostituzione apparecchiatura/accessorio obsoleto



n° inv.

Sostituzione apparecchiatura/accessorio fuori uso



n° inv.

Note – Esplicitare, se necessario, la motivazione della richiesta



Descrivere il tipo di attività che si intende svolgere con il bene richiesto (destinazione d'uso):

|  |
|--|
|  |
|--|

Indicare il numero approssimativo di esami / trattamenti previsti durante l'anno e durata del singolo esame/trattamento:

|  |
|--|
|  |
|--|

Il bene verrà utilizzato da altre U.O.C./ U.O.S./ U.O.S.D. o da altri Dipartimenti?

☐ SI (elencare tutte le U.O. interessate): \_\_\_\_\_

☐ NO

Il bene richiesto necessita di materiali di consumo?

☐ SI (indicare se monouso o pluriuso): \_\_\_\_\_ ☐ NO

Se SI compilare la tabella sotto riportata:

| Unità di misura | Quantità annua prevista | Descrizione materiale di consumo |
|-----------------|-------------------------|----------------------------------|
|                 |                         |                                  |
|                 |                         |                                  |
|                 |                         |                                  |
|                 |                         |                                  |
|                 |                         |                                  |

REFERENTE DEL S.C./ S.S./ S.S.D.: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

|  | FIRMA   | DATA     |
|--|---|----------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Direttore della S.C. / S.S. / S.S.D. | Dr. Fabrizio Fantini<br>A6763 FNT FRZ 60P30 C745G | 27/01/23 |
| <input type="checkbox"/> Direttore di Dipartimento                       |   | 01/2/23  |

SPAZIO RISERVATO ALLA S.C. INGEGNERIA CLINICA

Codice pratica S.C. Ingegneria Clinica:

Data ricezione pratica:



|    | A   | B                   | C                      | D                        | E         | F              | G                 | H        | I                    | J | K | L |
|----|-----|---------------------|------------------------|--------------------------|-----------|----------------|-------------------|----------|----------------------|---|---|---|
|    |     | Buono d'acquisto n° |                        | Reparto                  | MATERIALE | Data richiesta | data firma in DMP | totale € | Fotocopia + archivio |   |   |   |
| 41 | 440 | 10425               | nuova dotazione        | dermatologia             |           | 27/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 42 | 441 | 10395               | altro motivo           | oculistica s.o.          |           | 21/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 43 | 442 | 10301               | Reintegro scorte       | chirurgia 2 s.o.         |           | 07/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 44 | 443 | 10286               | sostituzione fuori uso | dermatologia s.o.        |           | 05/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 45 | 444 | 10419               | altro motivo           | oculistica s.o.          |           | 27/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 46 | 445 | 10178               | sostituzione fuori uso | cardiochirurgia S.O.     |           | 21/01/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 47 | 446 | 10443               | maggior dotazione      | chirurgia vascolare s.o. |           | 28/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 48 | 447 | 10175               | nuova dotazione        | oggiolo poliambulatori   |           | 21/01/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 49 | 448 | 10325               | sostituzione fuori uso | servizio anestesia lc    |           | 11/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 50 | 449 | 10349               | sostituzione fuori uso | chirurgia plastica s.o.  |           | 14/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 51 | 450 | 9789                | altro motivo           | ortopedia sala gessi LC  |           | 09/11/2018     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 52 | 451 | 10378               | altro motivo           | oculistica s.o.          |           | 20/02/2019     | 07/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 53 | 452 | 10474               | maggior dotazione      | blocco operatorio I      |           | 07/03/2019     | 25/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 54 | 453 | 10529               | nuova dotazione        | poliambulatorio lecco    |           | 14/03/2019     | 25/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 55 | 454 | 10547               | nuova dotazione        | poliambulatorio lecco    |           | 18/03/2019     | 25/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 56 | 455 | 10576               | sostituzione fuori uso | blocco operatorio I      |           | 20/03/2019     | 25/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 57 | 456 | 10570               | sostituzione fuori uso | blocco operatorio II     |           | 19/03/2019     | 25/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 58 | 457 | 10483               | altro motivo           | s.o. cch                 |           | 08/03/2019     | 25/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 59 | 458 | 10624               | sostituzione fuori uso | servizio anestesia lc    |           | 26/03/2019     | 27/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 60 | 459 | 10643               | maggior dotazione      | servizio penitenziario   |           | 27/03/2019     | 29/03/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 61 | 460 | 10616               | Reintegro scorte       | ch toracica              |           | 25/03/2019     | 10/10/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 62 | 461 | 10417               | sostituzione fuori uso | poliambulatori Bellebo   |           | 26/02/2019     | 10/10/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 63 | 462 | 10619               | nuova dotazione        | Dermatologia LC          |           | 26/03/2019     | 10/10/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 64 | 463 | 10581               | sostituzione fuori uso | blocco op 1 lc           |           | 20/03/2019     | 10/10/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 65 | 464 | 10721               | nuova dotazione        | s.o. cch                 |           | 09/04/2019     | 24/04/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 66 | 465 | 10680               | Reintegro scorte       | s.o. chirurgia plastica  |           | 03/04/2019     | 24/04/2019        |          | si                   |   |   |   |
| 67 | 466 | 10635               | sostituzione fuori uso | Ortopedia S.O.           |           | 27/03/2019     | 14/05/2019        |          | si                   |   |   |   |



# **RICHIESTA D' ACQUISTO**

Sistema Socio Sanitario  
 Regione  
 Lombardia  
 ASST Lecco

**10619**

E' necessario compilare il modulo in tutte le sue parti - per eventuali informazioni mancanti, motivare la mancata compilazione. LE RICHIESTE INCOMPLETE NON POTRANNO ESSERE EVASE.

PRESIDIO: Lecco STRUTTURA COMPLESSA: 0901-Dermatologia  
 DATA: 26/03/2019 Codice Centro di Costo: 20021-DERMATOLOGIA\_LC  
 Richiesta di acquisto: Bene

## **MOTIVAZIONI:**

- ☒ nuova dotazione/necessità (specificare nelle righe sottostanti l'esigenza d'acquisto o allegare relazione)  
☐ maggiore dotazione/necessità (specificare nelle righe sottostanti l'esigenza d'acquisto o allegare relazione)  
☐ reintegro scorte (indicare precedente richiesta d'ordinativo d'acquisto n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_)  
☐ sostituzione per fuori uso (compilare e allegare Modulo 'dismissione bene' per il cespite fuori uso)  
☐ altro motivo (specificare nelle righe sottostanti o allegare relazione)  
 la s.c. è priva di frigo biologico fino ad ora condiviso con allergologia

Fabbisogno occasionale: ☐ Si ☒ No (Indicare per le merci di consumo la probabile durata nel tempo di quanto richiesto: \_\_\_\_\_)

| Descrizione Prodotto/Servizio e Codice Prodotto Fornitore<br>(allegare eventuale documentazione di riferimento) | Unità di misura | Quantità richiesta |
|---|-----------------|--------------------|
| Mod. R 400V (come documentazione allegata)previsto con 3 ripiani  | PZ              | 1                  |
| si richiedono più ripiani rispetto a quelli indicati  | PZ              | 6                  |
|   |                 |                    |
|   |                 |                    |
|   |                 |                    |
|   |                 |                    |
|   |                 |                    |

Fonte di Finanziamento: Aziendale

Numero e data della verifica di sussistenza: \_\_\_\_\_ Dr. Fabrizio Fantini

AL/53 FR: FRZ 60P30 C745G

Il Responsabile della S.C. o suo delegato \_\_\_\_\_

Se necessaria approvazione da parte di altri uffici competenti (da raccogliere da parte della S.C. richiedente):

Si esprime parere ☒ favorevole ☐ non favorevole Il Direttore \_\_\_\_\_

Note: \_\_\_\_\_

Richiesta ☐ accettata ☐ non accettata in data \_\_\_\_\_

Motivo del rifiuto: \_\_\_\_\_

Il Gestore di spesa \_\_\_\_\_

AZIENDA SOCIO-SANITARIA  
 TERRITORIALE (ASST) DI LEGGO  
 OSPEDALE A. MANZONI LECCO  
 DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO  
 DIRETTORE MEDICO ad interim  
 DR. GEDEONE BARALDO

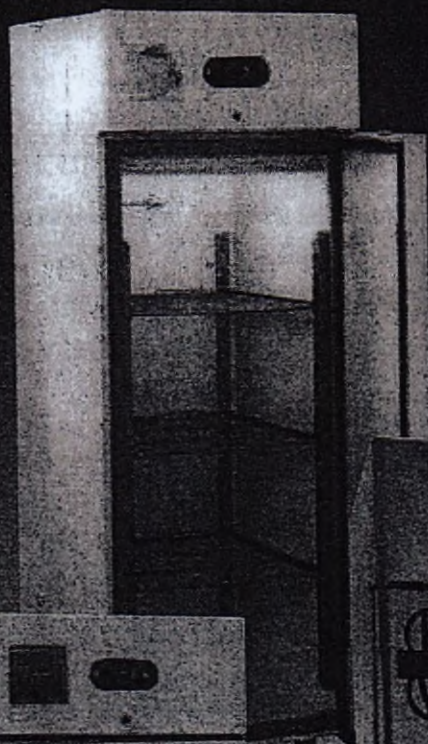




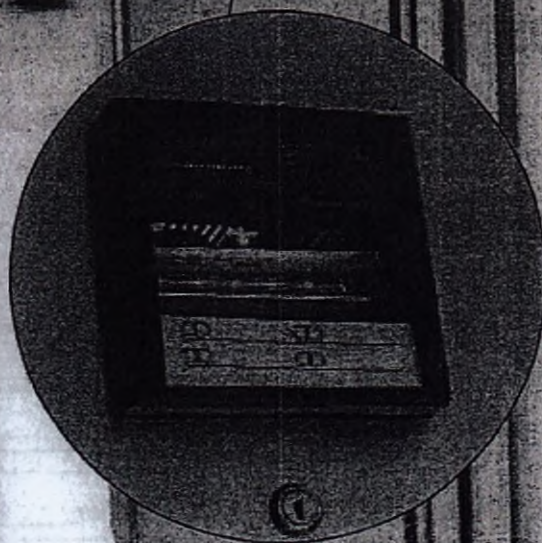
KW Antibatterica



Green ICE



K-LAB R700V



K-LAB R1500CX-NIA Passtrough

di serie



= Allarme temperatura min. / max.



= Luce interna



= Allarme sonda giusta



= Allarme porta aperta



= Serratura

di serie con elettronica NIA



= Funzione DATA LOG



= Disaster Recovery Safety Control

opzionale



= Ruote



= Allarme guasto energia



= Registratore grafico di temperatura



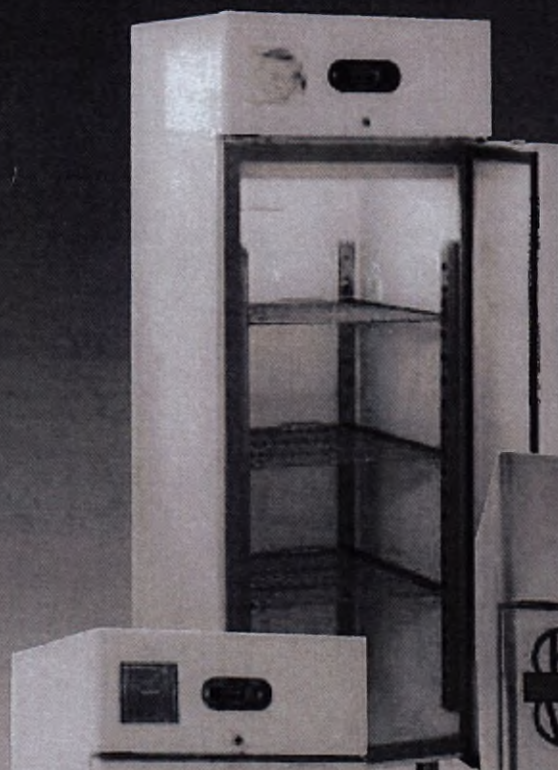


KW Antibatterica

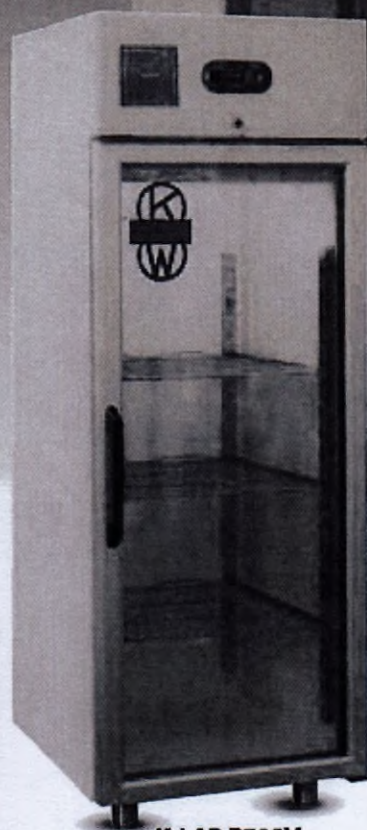


Green ICE

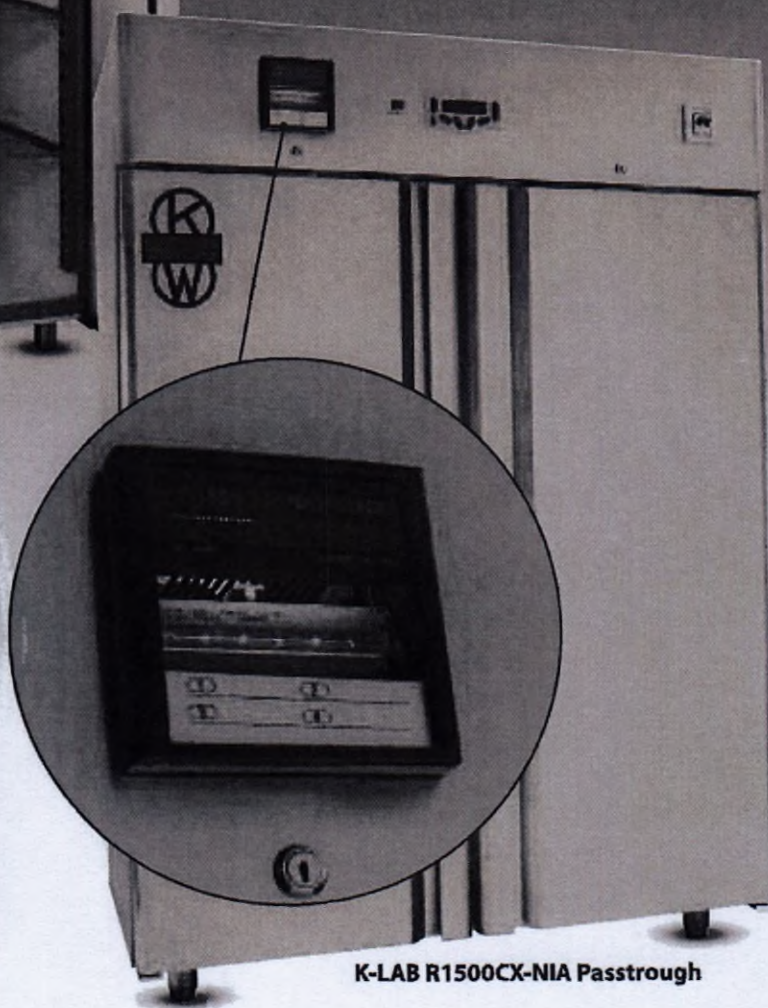
## serie K-LAB refrigerators frigoriferi verticali +4°C



K-LAB R700C



K-LAB R700V



K-LAB R1500CX-NIA Passtrough

di serie



= Allarme temperatura min. / max



= Luce interna



= Allarme sonda guasta



= Allarme porta aperta



= Serratura

di serie con elettronica NIA



= Funzione DATA LOG



= Disaster Recovery  
Safety Control

opzionale



= Ruote



= Allarme guasto energia



= Registratore grafico  
di temperatura



## serie K-LAB refrigerators

### frigoriferi verticali +4°C

**Struttura monocolpo**, rivestimento esterno ed interno in lamiera di acciaio preverniciata o plastificata bianca, (per gli interni in lamiera trattata antibatterica) angoli interni arrotondati; isolamento con poliuretano espanso in situ ad alta densità (40 Kg/mc.), spessore medio 60 mm.; porte reversibili con guarnizioni magnetiche e chiusura automatica; serratura con chiave (su tutti gli sportelli); piedini regolabili in acciaio inox; ripiani interni a griglia regolabili in altezza.

La porta è dotata di microinterruttore per bloccare, all'atto dell'apertura, il funzionamento della ventola e della refrigerazione, ottenendo la minore alterazione della T interna, che sarebbe altresì conseguente al ricambio d'aria nella camera di lavoro. L'apertura della porta viene segnalata da un allarme visivo intermittente sul display del controllore di temperatura.

Illuminazione interna azionata all'apertura della porta nei modelli con porta cieca e con interruttore esterno nei modelli con porta a vetro.

**Refrigerazione ventilata con temperatura uniforme**; compressore ermetico con condensazione ad aria; silenziosità garantita; refrigeranti HFC (R134-a e/o R404a); sbrinamento automatico con evaporazione automatica dell'acqua di condensa.

**Il modello R900V-SL (slide) ha due porte a vetro scorrevoli ed autochiudenti, dotate di serratura con chiave.**

**Nello stesso, non è disponibile l'allarme porta aperta.**

Per i modelli "best seller" R700C-R700V-R1500C-R1500V, si hanno standard alcune migliorie:

- esecuzione tropicalizzata dell'impianto refrigerante (fino a +43°C)
- esecuzione a tampone del gruppo evaporatore, per massimizzare gli spazi interni e per maggiore pulizia interna.
- illuminazione interna per mezzo di neon fluorescenti nei Modd. R700V-R1500V

#### PANNELLO COMANDI CON:

- Interruttore generale ON/OFF luminoso
- Controllore elettronico digitale a µP, con display a leds, per la gestione integrata di tutte le funzioni: refrigerazione, compressore, sbrinamento, allarme, ventole interne evaporatore, etc.
- Allarme di T min/max, acustico visivo, con tacitazione acustica
- Contatti di remotizzazione dei segnali di allarme
- Allarme di porta aperta acustico e visivo

#### frigoriferi verticali KLAB Refrigerators

| Modello  | Temperatura<br>Esercizio | Campo<br>di regolazione | Capacità<br>litri | Porte<br>n. | Ripiani<br>n. | Misure<br>esterne (bpxh) | Misure<br>interne (bpxh) | Potenza media<br>assorbita in KW | Peso    |
|----------|--------------------------|-------------------------|-------------------|-------------|---------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|---------|
| R400C    | +4°C                     | 0+10°C                  | 400               | 1           | 3             | cm. 60x60x190 h          | cm. 50x50x135 h          | 0,12                             | Kg. 120 |
| R400V    | +4°C                     | 0+10°C                  | 400               | 1           | 3             | cm. 60x60x190 h          | cm. 50x50x135 h          | 0,12                             | Kg. 125 |
| R700C    | +4°C                     | 0+10°C                  | 700               | 1/2         | 3             | cm. 71x80x200 h          | cm. 59x68x140 h          | 0,12                             | Kg. 140 |
| R700V    | +4°C                     | 0+10°C                  | 700               | 1/2         | 3             | cm. 71x80x200 h          | cm. 59x68x140 h          | 0,13                             | Kg. 150 |
| R900V-SL | +4°C                     | 0+10°C                  | 900               | 2           | 6             | cm. 101x74x200 h         | cm. 93x62x150 h          | 0,35                             | Kg. 165 |
| R1500C   | +4°C                     | 0+10°C                  | 1500              | 2/3/4       | 6             | cm. 142x80x200 h         | cm. 130x68x140 h         | 0,15                             | Kg. 220 |
| R1500V   | +4°C                     | 0+10°C                  | 1500              | 2           | 6             | cm. 142x80x200 h         | cm. 130x68x140 h         | 0,15                             | Kg. 240 |
| R2300C   | +4°C                     | 0+10°C                  | 2300              | 3/4/5/6     | 9             | cm. 216x80x202 h         | cm. 204x65x140 h         | 0,27                             | Kg. 290 |
| R2300V   | +4°C                     | 0+10°C                  | 2300              | 3           | 9             | cm. 216x80x202 h         | cm. 204x65x140 h         | 0,52                             | Kg. 330 |

Sono disponibili i modelli Passtrough: R700CX-PS, R700VX-PS, R1500CX-PS, R1500VX-PS.

**ALIMENTAZIONE V230/1/50** Tutti i modelli sono in lamiera plastificata o preverniciata bianca Interno-esterno; tutti sono disponibili nella versione in acciaio inox AISI 304 Interno-esterno; in questo caso la selezione prevede una X finale.

Esempi di selezione: R700C1X = R (REFRIGERATORE) 700 (CAPACITÀ) C (ANTA CHIUSA) 1 (N. PORTE) X (INTERNO-ESTERNO ACCIAIO INOX)

V= anta in vetro termoisolante a triplo spessore antiappannamento

KW APPARECCHI SCIENTIFICI

#### ACCESSORI:

- Kit ruote pivotanti e/o fisse
- Ripiani a griglia, supplementari, in acciaio plastificato o cromato
- Ripiani a griglia, supplementari, in acciaio inox AISI 304
- Cassetto (traforato) estraibile, in acciaio inox AISI 304, montato su guide scorrevoli ed antiribaltamento
- Divisori interni (per cassetto) in materiale plastico
- Allarme guasto energia, acustico-visivo, autoalimentato 12 Vdc, con batteria tampone da 2,3 Ah (durata stimata 3 anni)
- Registratore su disco a ciclo settimanale con alimentazione propria a mezzo batteria 1,5 Vdc
- Registratore elettronico strip-chart con alimentazione V230/1/50Hz
- Registratore digitale elettronico Touch Recorder integrato nel pannello KW con alimentazione a batteria e sonda PT100 e porta USB
- Sonda supplementare RTD Pt 100 Ohm, per collegamento a sistema esterno di acquisizione e di registrazione T, quale SPY KW<sup>®</sup>, o sistemi simili
- Sonda aggiuntiva RTD Pt 100 Ohm, completa di convertitore 4-20 mA, montato su barra DIN, per collegamento a sistema di registrazione esterno
- Chiusura quadro comandi, in materiale plastico
- Presa elettrica interna + interruttore magnetotermico esterno
- Foro passante interno-esterno, con tappo in gomma
- Predisposizione armadio per collegamento a gruppo remoto
- Impianto frigorifero con due gruppi refrigeranti completamente indipendenti, sia nel circuito fluidodinamico che nel circuito elettrico, con funzionamento alterno (vedasi modelli TG)
- Versione con rivestimento interno in acciaio inox AISI 304 ed esterno bianco (sigla finale codice II)
- Dispositivo di teleallarme
- Stabilizzatore di tensione per alimentazione
- Esecuzione senza contatti elettrici interni per il Mod. R700C (sigla finale codice SCEI)
- Alimentazione V115/1/60Hz

Su questa serie di apparecchiature è possibile svolgere attività di I.Q. (Installation Qualification) e di O.Q. (Operational Qualification); per una valutazione dei costi di tali attività, rivolgersi all'Ufficio commerciale KW. KW è disponibile anche per servizio certificazione di taratura ISO per confronto a campioni primari SIT.





Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

ASST Lecco

Richiesta  
n.120518



powered by SmartFM

ID Chiamata: 120518



Richiedente: Marina Casati

Nr Telefono: 2448

Data Segnalazione: 27/03/2023

Ora Segnalazione: 11:03:09

Tipo di Problema: Impianti Elettrici

Sottocategoria  
problema: Logiche ed  
Ingressi

Cod.Edificio: Corpo A  
"Sanitario"

Posizione: Locale infermieri

Cod.Piano: Piano copertura

Corpo/Settore:

Locale:

Reparto: Dermatologia  
Lecco

Priorità: Normale - entro  
30 giorni

Codice Dipartimento: 09-Dipartimento  
di Area Medica

Codice Centro di  
Responsabilità: 0901-  
Dermatologia

Codice Centro di Costo: 01090101-Dermatologia Lecco

**Indicazione Rischi e DPI**

No, non sono presenti rischi

**Descrizione:**



Si richiede, come discusso in fase di valutazione acquisto, predisposizione e allacciamento ad allarme remotizzato del nuovo frigorifero (richiesta da DMP). Si chiede inoltre presa shuko al posto della pettine. Rif. Casolino Daniela 4122