



Inventario SIC: 33651

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

**DATI ANAGRAFICI:**

Tipo bene:	PRODUTTORE DI GHIACCIO		
Produttore:	BREMA ICE MAKERS SPA		
Modello:	CB 246A HC		
Matricola:	2023051184781		
(N. Assistenza):			
Numero di Repertorio:		CND:	
Codifica CIVAB:	PDGBKPZZ	Accessorio/componente di:	
Presidio:	LECCO		
Dipartimento:	EMERGENZA URGENZA		
S.C./S.S./S.S.D	RIANIMAZIONE-LECCO		
Palazzina:	PALAZZINA CLIN	Piano:	PIANO TERRA Stanza: TISANERIA PIANO TERRA PALAZZINA (
Centro di Costo:	01070101 RIANIMAZIONE-LECCO		

**DATI ECONOMICI:**

Numero di delibera:		data delibera:	
Numero di ordine:	1191/2023-SIC	data ordine:	10/03/2023
Fornitore:	ACF ITALIA		
Forma di presenza:	ACQUISTO	Cespite:	L77440
Costo di acquisto: (iva esclusa)	989,00	Conto COGE:	015.020.00001
Numero ddt:	272/00	data ddt:	18/05/2023
Data presa in carico:	26/05/2023	Data ver. sicurezza:	29/05/2023 00:00:00
Scadenza garanzia (in caso di acquisto, sconto merce, donazione,...)	28/05/2023	Scadenza contratto (in caso di service, 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 270W

Tensione: 240V

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 checked="" 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 strumento precedente</i>	<i>Data collaudo strumento nuovo</i>

Note particolari



### **AUTORIZZAZIONE INGRESSO APPARECCHIATURA:**

In data 29 / 05 / 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

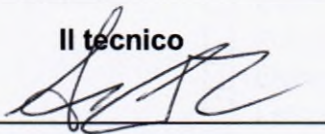
☐ Non superato

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**

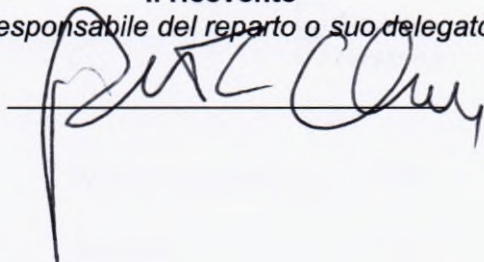


### **CONSEGNA:**

In data 29 / 05 / 2023 il sottoscritto CLARA RIPAMONTI 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)





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, 12 / 6 / 2023

**OGGETTO: TRASMISSIONE "Accertamento delle Prestazioni Eseguite (collaudo apparecchiature elettromedicali e da laboratorio)" ORDINE 1191/2023-SIC DEL 10/03/2023**

Con la presente si trasmette il modulo "Accertamento delle Prestazioni Eseguite (collaudo apparecchiature elettromedicali e da laboratorio)" relativo al collaudo di n. 1 produttore di ghiaccio installato il 29/05/2023 presso il reparto di Rianimazione del P.O. di Lecco ad evasione totale della fornitura prevista nell'ordine.

Cordiali saluti.

**S.C. INGEGNERIA CLINICA**

*Marta Castaldi*

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:	PROT. N. 11236/23	Data contratto:	07/03/2023
		Importo contratto:	€ 989,00 (IVA ESCLUSA)
R.U.P.:	DOTT. ENRICO GUIDO RIPAMONTI	Nomina: (prov. e data)	/
D.E.C.: (se diverso dal R.U.P.)	ING. CATERINA GENNARO	Nomina: (prov. e data)	DEL. N. 682 del 29/10/2020
Atti aggiuntivi: (se presenti)	/	Atti aggiuntivi: (se presenti)	/
Numero ordine:	1191/2023-SIC	Data ordine:	10/03/2023

**ACCERTAMENTI:**

**Oggetto di accertamento:** fornitura di n. 1 produttore di ghiaccio per il reparto Rianimazione 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 **€ 1.206,58 con IVA** relativo alla fornitura di n. 1 produttore di ghiaccio per il reparto Rianimazione 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

**IL DEC**

*Opem*

Data

*05/06/2023*

Letto e confermato:

Data

*06/06/2023*

**IL RUP**

**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 RITARDO PREVISTA DAL CONTRATTO	DATA PREVISTA DAL CONTRATTO	DATA EFFETTIVA	GIORNI DI RITARDO	IMPORTO APPARECCHIATURA	IMPORTO PENALE SENZA IVA
consegna	1‰	/	26/05/2023	0	€ 989,00	€ 0,00
installazione e collaudo	1‰	/	29/05/2023	0	€ 989,00	€ 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, 12 / 6 / 2023

**OGGETTO: TRASMISSIONE COLLAUDO ORDINE 1191/2023-SIC DEL 10/03/2023**

Con la presente si trasmette il collaudo relativo a n. 1 produttore di ghiaccio installato il 29/05/2023 presso il reparto di Rianimazione 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: 33651

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

**DATI ANAGRAFICI:**

Tipo bene:	PRODUTTORE DI GHIACCIO		
Produttore:	BREMA ICE MAKERS SPA		
Modello:	CB 246A HC		
Matricola:	2023051184781		
(N. Assistenza):			
Numero di Repertorio:		CND:	
Codifica CIVAB:	PDGBKPZZ	Accessorio/componente di:	
Presidio:	LECCO		
Dipartimento:	EMERGENZA URGENZA		
S.C./S.S./S.S.D	RIANIMAZIONE-LECCO		
Palazzina:	PALAZZINA CLIN	Piano:	PIANO TERRA Stanza: TISANERIA PIANO TERRA PALAZZINA (
Centro di Costo:	01070101 RIANIMAZIONE-LECCO		

**DATI ECONOMICI:**

Numero di delibera:		data delibera:	
Numero di ordine:	1191/2023-SIC	data ordine:	10/03/2023
Fornitore:	ACF ITALIA		
Forma di presenza:	ACQUISTO	Cespite:	L77440
Costo di acquisto: (iva esclusa)	989,00	Conto COGE:	015.020.00001
Numero ddt:	272/00	data ddt:	18/05/2023
Data presa in carico:	26/05/2023	Data ver. sicurezza:	29/05/2023 00:00:00
Scadenza garanzia (in caso di acquisto, sconto merce, donazione,...)	28/05/2023	Scadenza contratto (in caso di service, comodato, noleggio,...)	



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: 29/05/2023

Nr. VERIFICA	33651	APPARECCHIO	Produttore ghiaccio		
Nr. STB					
Nr. ENTE	L77440				
Nome File Scheda		Codice CIVAB	PDG	Norma di riferimento	CEI EN 62353

Presidio_Padiglione		Cod Padiglione_Reparto di ubicazione		Ubicazione	
OSP_LECCO		Rianimazione		Tisaneria	
				Piano: 0	Stanza N.: -
Produttore		Modello		Matricola	
BREMA Group S.p.A.		CB 246A HC		2023051184781	
Targa	Marchio CE	Stato d'uso	Reparto di proprietà		
PRESENTE	presente	ok	Rianimazione		
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	220-240V	270W	50HZ	/

#### CARATTERISTICHE ALIMENTAZIONE

Connessione rete	Da alimentatore	Da trasformatore
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
SI	NO	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: 29/05/2023

Nr. VERIFICA	33651	APPARECCHIO	Produttore ghiaccio		
Nr. STB					
Nr. ENTE	L77440				
Nome File Scheda		Codice CIVAB	PDG	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)				
92					

RESISTENZA DI ISOLAMENTO	
Tipo RETE-INVOLUCRO	over/
Tipo INVOLUCRO-PA	/

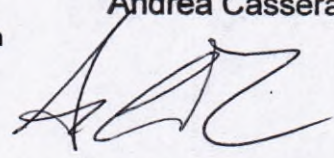
CORRENTI DI DISPERSIONE (Valori in microAmpere)	METODO UTILIZZATO	<input checked="" type="checkbox"/> DIRETTO	<input type="checkbox"/> DIFFERENZIALE	<input type="checkbox"/> ALTERNATIVO
---	-------------------	---	--	--------------------------------------



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	84uA		
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			
L0:			

CONSTATAZIONE Data 29/05/23 Codice verificatore	GIUDIZIO  Idoneo	Tecnico Andrea Cassera  Timbro e firma 
---	------------------------	--



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: 29/05/2023

Nr. VERIFICA	33651	APPARECCHIO	Produttore ghiaccio		
Nr. STB					
Nr. ENTE	L77440				
Nome File Scheda		Codice CIVAB	PDG	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



## DICHIARAZIONE DI CONFORMITA'

Il presente apparecchio è destinato alla produzione di ghiaccio. Noi, firmatari della presente, dichiariamo sotto la nostra responsabilità che il produttore di ghiaccio oggetto della dichiarazione presente, è conforme a quanto prescrivono le seguenti Direttive Europee, norme, regolamenti e specifiche tecniche e successive modifiche.

### Direttiva:

2014/35/EU	Direttiva Bassa Tensione
2006/42/CE	Direttiva Macchine
2014/30/EU	Direttiva Compatibilità Elettromagnetica
(UE) 2015/863	Recante modifica dell'allegato II della direttiva 2011/65/UE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'elenco delle sostanze con restrizioni d'uso

### Norme:

EN 60335-1	Sicurezza degli apparecchi elettrici d'uso domestico e similare - Sicurezza. Parte 1: norme generali
EN 60335-2-75	Sicurezza degli apparecchi elettrici d'uso domestico e similare. Parte 2-75: norme particolari per distributori commerciali ed apparecchi automatici per la vendita
EN 62233	Metodi di misura per campi elettromagnetici degli apparecchi elettrici di uso domestico e similari con riferimento all'esposizione umana
EN 121200	Sicurezza del macchinario - Principi generali di progettazione - Valutazione del rischio e riduzione del rischio
EN 55014-1	Compatibilità elettromagnetica: prescrizioni per gli elettrodomestici, gli utensili elettrici e gli apparecchi similari. Parte 1: emissione
EN 55014-2	Compatibilità elettromagnetica: requisiti per gli elettrodomestici, gli utensili elettrici e gli apparecchi similari. Parte 2: immunità - norma di famiglia di prodotti
EN 61000-3-2	Compatibilità elettromagnetica. Parte 3-2: limiti - Limiti per le emissioni di corrente armonica (apparecchiature con corrente di ingresso $\leq 16A$ per fase)
EN 61000-3-3	Compatibilità elettromagnetica. Parte 3-3: limiti - Limitazione delle variazioni di tensione e del flicker in sistemi di alimentazione in bassa tensione per apparecchiature con corrente nominale $\leq 16A$ per fase e non soggette ad allacciamento su condizione

### Regolamenti e specifiche tecniche:

D.M. 21/3/73	Disciplina igienica degli imballaggi, recipienti, utensili destinati a venire in contatto con le sostanze alimentari e con sostanze di uso personale
CE 1935/2004	Materiali ed oggetti destinati a venire in contatto con i prodotti alimentari
CE 2023/2006	Buone pratiche di fabbricazione dei materiali e degli oggetti destinati a venire a contatto con i prodotti alimentari

### Prodotto

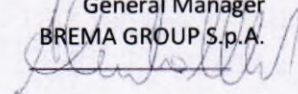
### Modello

### Numero matricola

Produttore di ghiaccio  
CB 246A  
1029929

Villa Cortese (MI), Italia  
Ottobre 2020

Sig. Alessandro Maroli  
General Manager  
BREMA GROUP S.p.A.



La persona autorizzata a costituire il fascicolo tecnico è il General Manager di BREMA GROUP S.p.A.





FIRMA (per accettazione)





Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Lecco

Via dell'Eremo 9/11 - 23900 Lecco

C.F. - P.I. 03622120131

- Ingegneria Clinica 0341-489438

0341-489448

- Magazzino Lecco 0341-489794

- Magazzino Merate 039-5916387

E-mail: sic@asst-lecco.it

## ORDINATIVO D'ACQUISTO

Numero	Data	Pagina
1 - 2023 - 1191	10/03/2023	1 di 2

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

Spett.le: (103962)

A.C.F. ITALIA SASDI FOGLIA ACHILLE &amp; 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: 11/04/2023

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.: 89151</b> <b>Cod. Articolo Produttore: CB 246</b> PRODUTTORE DI GHIACCIO A CUBETTI CB 246 CAPACITA' FINO A 6 KG. (CESPITE) Ref. Produttore: CB 246 CIG: Z3A3A3C935  Garanzia 24 mesi di tipo "Full Risk Omnicomprensivo".  Per: 20022 RIANIMAZIONE LC	PZ	1,00	989,00000	0,00	989,00	22

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

VDS n. 2981 del 24/01/2023

RIFERIMENTI CONTRATTO (SERIE / NUMERO) - (DELIBERA)	IMPONIBILE	IVA	TOTALE
C2023/1661	989,00	217,58	1.206,58

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.
- 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 - 1191	10/03/2023	2 di 2

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

RIFERIMENTI CONTRATTO (SERIE / NUMERO) - (DELIBERA)	IMPONIBILE	IVA	TOTALE
	989,00	217,58	1.206,58

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.
- 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

- Ingegneria Clinica 0341-489438

0341-489448

- Magazzino Lecco 0341-489794

- Magazzino Merate 039-5916387

E-mail: sic@asst-lecco.it

## ORDINATIVO D'ACQUISTO

Numero	Data	Pagina
1 - 2023 - 1191	10/03/2023	1 di 2

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

Spett.le: (103962)

A.C.F. ITALIA SASDI FOGLIA ACHILLE &amp; 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: 11/04/2023

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.: 89151</b> <b>Cod. Articolo Produttore: CB 246</b> PRODUTTORE DI GHIACCIO A CUBETTI CB 246 CAPACITA' FINO A 6 KG. (CESPITE) Ref. Produttore: CB 246 CIG: Z3A3A3C935  Garanzia 24 mesi di tipo "Full Risk Omnicomprensivo".  Per: 20022 RIANIMAZIONE LC	PZ	1,00	989,00000	0,00	989,00	22

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

VDS n. 2981 del 24/01/2023

RIFERIMENTI CONTRATTO (SERIE / NUMERO) - (DELIBERA)	IMPONIBILE	IVA	TOTALE
C2023/1661	989,00	217,58	1.206,58

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.

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

- Ingegneria Clinica 0341-489438

0341-489448

- Magazzino Lecco 0341-489794

- Magazzino Merate 039-5916387

E-mail: sic@asst-lecco.it

## ORDINATIVO D'ACQUISTO

Numero	Data	Pagina
1 - 2023 - 1191	10/03/2023	2 di 2

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

RIFERIMENTI CONTRATTO (SERIE / NUMERO) - (DELIBERA)	IMPONIBILE	IVA	TOTALE
	989,00	217,58	1.206,58

Il Direttore UOC Ingegneria Clinica

ORDINE FIRMATO DIGITALMENTE  
IN ORIGINALE

## 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.
- NB. NON VERRANNO ACCETTATE FATTURE INVIATE IN DATA ANTECEDENTE RISPETTO ALL'EFFETTIVA CONSEGNA DELLA MERCE PRESSO I NOSTRI MAGAZZINI.





**Gestione Acquisti**

Direttore: Dr. Enrico Guldo 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**

prot. n. 11236/23  
7/3/2023

Spett.le

**A.C.F. ITALIA SRL**

Via IV Novembre, 52

21020 Taino (VA)

A mezzo PEC

**Oggetto: affidamento fornitura di n. 1 produttore di ghiaccio modello CB246 per la S.S. Terapia Intensiva del P.O. di Lecco, 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 produttore di ghiaccio modello CB246 da installare presso la S.S. Terapia Intensiva del P.O. di Lecco, 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 del 18 gennaio 2023, qui di seguito indicate:

Descrizione	Q.tà	Importo IVA esclusa
Produttore di ghiaccio modello CB246	1	€ 989,00

CIG: Z3A3A3C935

Fatturazione a seguito di collaudo favorevole;

Garanzia 24 mesi di tipo "Full Risk Omnicomprensivo";

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 Guldo Ripamonti

Il Legale Rappresentante  
A.C.F. ITALIA SRL

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





# **RICHIESTA D' ACQUISTO**

Sistema Socio Sanitario



**Regione  
Lombardia  
ASST Lecco**

**18762**

**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:** 0309-S.I.C. - Servizio Ingegneria Clinica

**DATA:** 31/01/2023 **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)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

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

Descrizione Prodotto/Servizio e Codice Prodotto Fornitore (allegare eventuale documentazione di riferimento)	Unità di misura	Quantità richiesta
produttore di ghiaccio	PZ	1
ACF Italia sas		
€ 989 + iva 22%		
garanzia 24 mesi		
commessa 314 - budgt 72004 sub 380		

**Fonte di Finanziamento:** Aziendale

DGR 3479

**Numero e data della verifica di sussistenza:** \_\_\_\_\_

**Il Responsabile della S.C. o suo delegato** C. G. M.

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** \_\_\_\_\_





## SCHEDA DI VALUTAZIONE ACQUISIZIONE

### APPARECCHIATURA ELETTROMEDICALE E DA LABORATORIO

Codice pratica S.C. Ingegneria Clinica: 2023.11

Referente pratica: Daniela Casolino

Destinazione (presidio/reparto): Lecco, Rianimazione

Unità Operativa: S.S. Terapia Intensiva

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

n. 1 produttore di ghiaccio, in sostituzione a quello fuori uso.

Tipologia di acquisizione:

L'apparecchiatura può essere acquisita in:

☒ acquisto

☐ noleggio

☐ service

☐ comodato

☐ altro: \_\_\_\_\_

Sono attivi contratti/convenzioni:

☐ CONSIP

☐ ARIA

☐ Consorzio

☒ altro: richiesta preventivi

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: Uso giornaliero.

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

La necessità è quella di sostituire un produttore di ghiaccio, in seguito al fuori uso del (ns. prot. 0028300/22E del 01/06/22). Lo strumento è utilizzato per il raffreddamento del paziente.

Indicare i benefici attesi in termini di rilevanza tecnica e clinica: Necessario per il raffreddamento del paziente. Il reparto non ne dispone di un altro e deve attualmente richiedere il ghiaccio in pronto Soccorso.

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: Tubi UV pluriuso.

I materiali consumabili richiesti vengono già utilizzati in azienda?

☐ SI ☐ NO ☒ N.A.

E' necessario parere Commissione Dispositivi Medici?

☐ SI ☒ NO

La 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 cespiti 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): Produttore di ghiaccio Inv. SIC 03619

Marca: Simag

Modello: SD 22

Accessori: no

Anno di acquisto: Prima del 2013

Tipo e N. di prestazioni erogate (ultimo anno): uso quotidiano.

Motivazione sostituzione (obsolescenza tecnologica/affidabilità/non riparabilità/altro): Guasto non riparabile per mancanza di parti di ricambio dovute alla vetustà dell'apparecchiatura.

Interventi di manutenzione subiti nel corso degli anni, comprensivi dei costi: n.30 interventi di manutenzione correttiva tracciati nel gestionale, costo di manutenzione annuo di circa 80 €/anno.

#### FATTIBILITA' ECONOMICA

L'apparecchiatura può essere acquisita in:

☒ acquisto

☐ noleggio

☐ service

☐ comodato

☐ \_\_\_\_\_

	IMPORTO PRESUNTO SENZA IVA	NOTE
APPARECCHIATURA COMPLETA DI ACCESSORI	€ 989,00	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 € 989,00 + IVA**

#### VALUTAZIONE ALTRE STRUTTURE



Note: no

Referente pratica: Bruno Bencini

Lecco, il 24 / 01 / 2023

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

Lecco, il 24 / 01 / 2023

	RICHIESTA AUTORIZZATA		FIRMA	DATA
<input type="checkbox"/> Direttore Medico di Presidio	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		<u>25/1/23</u>
<input checked="" type="checkbox"/> Direttore Sanitario Aziendale	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		<u>28/1/23</u>



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

L'apparecchiatura richiesta è prevista nel Piano Investimenti per l'anno 2022?

☐ SI ☒ NO

La spesa trova copertura economica?

☒ SI, si procede con l'acquisizione.

<i>conto COGE: 015.020.00001</i>	<i>finanziamento: DGR 3479/20</i>
<i>n° verifica di sussistenza: 2981-2023</i>	<i>data verifica di sussistenza: 24/01/2023</i>

☐ 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_





2019 - 2981

**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 produttore di ghiaccio

comm 314

la cui spesa massima presunta sarà di euro 1.206,58

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 \_\_\_\_\_

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

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

Data 24/01/2023



## Daniela Casolino

---

**Da:** roberto.foglia@medicalonline.it  
**Inviato:** mercoledì 18 gennaio 2023 16:43  
**A:** Daniela Casolino  
**Oggetto:** R: Richiesta preventivo  
**Allegati:** Scheda tecnica CLAB700-RG (2023) 4 griglie .pdf; Scheda tecnica LSA400-RG (2023).pdf

Buongiorno Daniela.

In merito alla tua gentile richiesta sono a indicarti quanto segue:

- 1) Fabbricatore ghiaccio CB246. Purtroppo ci sono stati aumenti dei listini ed oggi posso proporlo a Vo al prezzo di € 989 + IVA Segnalo che ho in mano una circolare di BREMA che i tempi di consegna oggi sono a minimo 90 gg per problemi ancora legati alle materie prime
- 2) Congelatore da laboratorio. In pronta consegna ho il modello CLAB700-RG (di cui allego la scheda tecnica) al prezzo a Voi riservato di € 3.064 + IVA. Per avere un congelatore da circa 400lt proporrei il modello LSA400 (di cui allego scheda tecnica) al prezzo a Voi riservato di € 2.365 + IVA; in questo caso la consegna è 15/20 gg dall'ordine

Per entrambi i prodotti offerti la garanzia è pari a 24 mesi

Resto a tua disposizione per ogni ulteriore chiarimento necessiterai.

Saluti  
Roberto Foglia

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  
W www.medicalonline.it

---

**Da:** ACF Italia - Refrigeration <commerciale@medicalonline.it>  
**Data:** mercoledì, 18 gennaio 2023, 13:37  
**A:** ACF - Roberto Foglia <roberto.foglia@medicalonline.it>  
**Oggetto:** FW: Richiesta preventivo

---

**Da:** Daniela Casolino <d.casolino@asst-lecco.it>  
**Data:** mercoledì 18 gennaio 2023 12:56  
**A:** ACF Italia - Refrigeration <commerciale@medicalonline.it>  
**Oggetto:** Richiesta preventivo

Buongiorno,  
la presente per chiedere cortesemente la vostra migliore offerta per:  
1) Produttore di ghiaccio modello "CB 246" con garanzia 24 mesi;





## Richiesta acquisizione apparecchiatura elettromedicale e da laboratorio

INFORMAZIONI GENERALI SUL RICHIEDENTE

PRESIDIO / POLIAMBULATORIO:	<b>LECCO</b>	DIPARTIMENTO:	<b>DEA</b>
S.C./ S.S./ S.S.D.:	<b>RIANIMAZIONE P. ZERO</b>	CENTRO DI COSTO:	<b>2022</b>

INFORMAZIONI GENERALI SUL BENE RICHIESTOINDICAZIONI SUL BENE RICHIESTO:

QUANTITA'	DESCRIZIONE SINTETICA DEL BENE RICHIESTO
1	<b>MACCHINA PRODUTTORE DI GHIACCIO</b>

LOCAZIONE DEL BENE RICHIESTO:

PRESIDIO/ POLIAMBULATORIO:	<b>LECCO</b>	PALAZZINA:	<b>A</b>	PIANO:	<b>0</b>
S.C./ S.S./ S.S.D.:	<b>RIANIMAZIONE PIANO ZERO</b>				
STANZA:		CENTRO DI COSTO:	<b>2022</b>		

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA:

☐ Nuovo apparecchiatura/accessorio (estensione parco macchine esistente)  
☐ Aggiornamento apparecchiatura/accessorio esistente  
☐ Sostituzione apparecchiatura/accessorio obsoleta  
☒ Sostituzione apparecchiatura/accessorio fuori uso

☐  
☐  
☐ n° inv.  
☒ n° inv. 03619

Note – Esplicitare, se necessario, la motivazione della richiesta

0058888/2LE

12/12/20



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

UTILIZZATO NEGLI APPPOSITI CONTENITORI,  
COME SISTEMA DI RAFFREDDAMENTO PER I PAZIENTI

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?

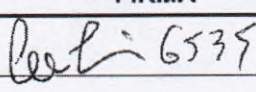
☐ SI (indicare se monouso o pluriuso): \_\_\_\_\_ ☒ NO

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
X Direttore della S.C. / S.S. / S.S.D.		18/01/23
X Direttore di Dipartimento		18/01/23

SPAZIO RISERVATO ALLA S.C. INGEGNERIA CLINICA

Codice pratica S.C. Ingegneria Clinica: 2023.11

Data ricezione pratica: 24/01/23