

REGISTRAZIONE EXCEL

BLOCCATA AL
 FATTURA NON BLOCCATA AL
 SBLOCCATA IL

DATA CONSEGNA
 RICEZIONE IN ORACLE
 N° INVENTARIO
 COLLAUDO

RICEZIONE
 MESE: DICEMBRE
 RICEVUTO:

ORDINE N°: 30432

DEL 31/10/2023

DITTA: SHIMADZU ITALIA SRL

REPARTO: NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO DI RENNE -PAD. III-1° PIANO
LABORATORIO

IMPORTO € 99.129,76 I.V.A. compresa

APPARECCHIATURA: N.1 GAS Cromatografo e Autocampionatore

CONSEGNATO IL: 24.1.18 COLLAUDATO IL: 08.1.04.1.2024

INVENTARIO: 21916A

NOLEGGIO: RICERCA:

GAEM: ORACLE: RISCATTO: €

NOTE:



Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
S.C. Ingegneria Clinica

VERIFICA: RQ LC
APPROVAZIONE: RUOC PC

VERBALE DI COLLAUDO TECNICO E MESSA IN SERVIZIO

IN CONTRADDITTORIO UNILATERALE

ATTI: 241/2023

OGGETTO DELL'APPALTO: n.1 Gascromatografo e autocampionatore

IMPORTO DELL'APPALTO (IVA COMPRESA): 99.129,76 EU

DITTA FORNITRICE: Shimadzu Italia SRL

FORNITORE ASS. TECNICA: Shimadzu Italia SRL

NUMERO E DATA DEL BUONO D'ORDINE: 2023030432 del 31/10/23

CIG: 9837319c70

In riferimento alle seguenti apparecchiature oggetto dell'appalto in argomento

N. INV	N. SERIE	TIPOLOGIA	MODELLO	PRODUTTORE	UNITA' OPERATIVA	REPARTO	CDRCDC
217161	021746151088	Gascromatografo	GCMS-QP2020NX	Shimadzu	Nefrologia, dialisi e trapianto di rene	Ricerca Autorizzata	220/R15
217162	021746151088	Autocampionatore	AOC-6000 PLUS	Shimadzu	Nefrologia, dialisi e trapianto di rene	Ricerca Autorizzata	220/R15
217163	230411402	Pompa per il vuoto	A65201903	Shimadzu	Nefrologia, dialisi e trapianto di rene	Ricerca Autorizzata	220/R15
208345	021746151088	Spettrometro di massa	GC-2030	Shimadzu	Nefrologia, dialisi e trapianto di rene	Ricerca Autorizzata	220/R15

Il sottoscritto Ing. Paolo Cassoli in qualità di Direttore dell'U.O.C. Ingegneria Clinica, accertata:

- la corrispondenza con l'ordine e la completezza della documentazione tecnica Sì No
- la corrispondenza delle A.M.S. alle normative applicabili Sì No
- l'esecuzione dei controlli visivi e di sicurezza elettrica conformemente alle norme CEI 62-148 IEC EN 62353/CEI EN 61010-1 Sì No
- il verbale di installazione e collaudo della ditta fornitrice attestante il corretto e sicuro funzionamento delle suddette apparecchiature ed accessori/software ad esse connesse Sì No non applicabile
- la sottoscrizione del modulo P.03.095.M.05 da parte del Direttore dell'U.O. di destinazione o suo delegato che attesta l'affidamento delle apparecchiature sopra elencate





Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
S.C. Ingegneria Clinica

DESCRIZIONE RISERVA	DEROGA CONCESSA (n. giorni e data di scadenza)

Riserve ai fini del successivo positivo collaudo:

acquisiti i SEGUENTI pareri di competenza:

- Il Tecnico U.O.I.C.: Ingegneria Clinica

sig. ANDREA BERTO
Nome e Cognome

[Firma]
firma

- Il Responsabile dell'UO richiedente..... Nefrologia (.....220.....)
Unità Operativa Cdr/CdC

dott. Giuseppe Castellano
Nome e Cognome

[Firma]
firma

- Per la Ditta (messa in servizio in contraddittorio):

sig.
Nome e Cognome

.....
firma

- Altro (specificare): il Responsabile dell'UO.....

sig.
Nome e Cognome

.....
firma

AUTORIZZA

la messa in servizio delle apparecchiature su elencate.

Letto, confermato e sottoscritto in data 08/01/2024.....

Il Direttore dell'UOC Ingegneria Clinica
Ing. Paolo Cassoli

[Firma]





Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

SCHEDA DI RACCOLTA DATI TECNICI, ECONOMICI CON VERIFICHE ELETTRICHE E VISIVE

PADIGLIONE III, VIA PALE 9, LABORATORIO PIANO 1° PIANO CdR/CdC 220 / RIS

U.O. NEFROLOGIA, DIAISI E TRAPIANTI D.C. RICERCA AUTORIZZATA

APPARECCHIO GASCRONATOGRFO CIVAB GC6SH122

PRODUTTORE SHIMADZU

MODELLO GCMS-QP2020NX SERIE φ21746151φ88

INVENTARIO 217461 ACC. DI _____

ORDINE N° 30432 DATA ORD. 31 / 10 / 2023

DITTA FORNITRICE SHIMADZU ITALIA SRL DITTA MANUTENTRICE SHIMADZU

VALORE CON IVA € 99.129,76 PROPRIETA' Ospedale Università Altro _____

FORMA PRESENZA Service Comodato d'uso Donazione Università Noleggio Acquisto

E' PRESENTE
Manuale d'uso Si No
Manuale Tecnico Si No
Schemi Tecnici Si No

APPARECCHIATURA Elettromedicale Medica Da Laboratorio

CERTIFICAZIONI IMQ VDE TUV CE CE Dispositivo Medico Auto Certificazione

CLASSIFICAZIONE: REGOLAMENTO UE 2017/745 DISPOSITIVI MEDICI I IIA IIB III
 REGOLAMENTO UE 2017/746 IVD

CLASSE CEI I II Alimentazione Interna TIPO CEI B BF BF protetto CF CF protetto

NORME DI RIFERIMENTO _____

PRESENZA DI PARTI APPLICATE Si No N° _____ TIPO _____

ALIMENTAZIONE Interna Esterna CAVO SEPARABILE Si No CONNESSIONE Permanente A spina

TENSIONE DI ALIMENTAZIONE _____ AC _____ DC POTENZA _____ W VA A

TIPO Stagno all'immersione Comune Protetto contro lo stillicidio Protetto contro lo spruzzo

NOTE _____





Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

VERIFICA VISIVA

OGGETTO DEL CONTROLLO	ok	non ok	non applicabile	NOTE
Integrità telaio - Involucro	/			
Protezione parti in movimento	/			
Presenza maniglie			/	
Parti in pressione (esterne)			/	
Serigrafie dei dispositivi di controllo, sicurezza e comandi	/			
Integrità dispositivi di controllo, sicurezza e comandi (spie) – (display) –(spine) – (prese) (interruttori) (portafusibili) (differenziali)...	/			
Cavo alimentazione	/			
Blocca cavo - Passacavo			/	
Portata adeguata dei fusibili (se esterni)			/	
Ruote – Freni – Slitte.....			/	
Filtri esterni (acqua) (aria) (olio).....			/	
Dati di targa	/			

VERIFICA ELETTRICA DI SICUREZZA SECONDO CEI 62-148 IEC EN 62353 / CEI EN 61010-1

ANALIZZATORE UTILIZZATO

FLUKE, ESA 615, inv. 203010, calibrato il _____
 BIO-TEK, 601 PRO Series XL, inv.095454, calibrato il _____

VERIFICA ESEGUITA PRESSO

Locale ad uso medico Laboratorio Officina

I RISULTATI DEL TEST SONO ALLEGATI ALLA PRESENTE Sì No

SE NON SONO ALLEGATI INDICARE IL MOTIVO _____

EVENTUALI NOTE

VSE EPPETUATE DALLA DITTA

DATA MESSA IN SERVIZIO 08 / 01 / 2024

SCADENZA GARANZIA 08 / 01 / 2025 24 mesi fuel-risk

DATA COMPILAZIONE 08 / 01 / 2024

IL TECNICO U.O.I.C. *[Signature]*



Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie
U.O.C. Ingegneria Clinica

RESPONSABILITA' DI GESTIONE, CURA E CUSTODIA DELL'APPARECCHIATURA AFFIDATA

Il sottoscritto/a (Cognome) PROF. PASTELLANO (Nome) GIUSEPPE Direttore dell'U.O CdR/CdC.....220/R15....., In qualità di affidatario delle apparecchiature e relativi accessori specificati nella documentazione di collaudo allegata alla presente dichiarazione, presa visione e conoscenza del codice etico e di comportamento dei dipendenti formalizzato con Deliberazione del Consiglio di Amministrazione della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Ca' Granda n. 140 del 26/04/2018,

DICHIARA

- di ricevere e prendere in carico i beni suindicati di cui all'ordine/delibera/determina n.....2023030432..... del.....31/10/2023.....
- di essere responsabile dei beni ricevuti in custodia e di curare con diligenza la conservazione e l'utilizzo appropriato ed efficiente degli stessi fino a che non saranno stati formalmente messi fuori uso e cancellati dall'inventario dei cespiti ospedalieri;
- di delegare la gestione della corretta conservazione e custodia dei beni in argomento al sig./sig.ra/dr./dr.ssa (Cognome)..... (Nome).....
- di delegare, se del caso, la gestione della corretta sanificazione/disinfezione/sterilizzazione (Reprocessing) dei beni in argomento al sig./sig.ra/dr./dr.ssa (Cognome)..... (Nome).....
- di delegare la gestione del corretto utilizzo dei beni in argomento al sig./sig.ra/dr./dr.ssa (Cognome)..... (Nome).....

Data.....08/02/2024

Firma per accettazione dell'incarico

Il delegato alla gestione della conservazione e custodia

Eva Manichovici Syren

Il delegato alla gestione del reprocessing

[Signature]

Il delegato alla gestione del corretto utilizzo

.....

Il Direttore dell'UO

[Signature]

