

In data 03/05/2023 si è provveduto al collaudo tecnico delle sotto elencate apparecchiature fornite con DDT 585013559 del 14/05/23 relative all'ordine n. 1117 del 12/01/2023, aggiudicate con Deliberazione del Direttore Generale n. 1583 del 28/12/2022, fornite dalla Ditta Zeiss.

Elenco apparecchiature:

N° Inventario	DESCRIZIONE MATERIALE	Matricola	Costruttore	Reparto
358235	Laser Visulas YAG III	126890+	ZEISS	UOC Oculistica - Rovigo

Dati di Accettazione dell'apparecchiatura

Assenza di evidenti danni esterni sull'apparecchio	SI	NO	NR
Corrispondenza al tipo e modello indicato nell'ordine	SI	NO	NR
Esistenza del Manuale d'uso in lingua italiana	SI	NO	NR
Esistenza della documentazione tecnica di accompagnamento	SI	NO	NR

Dati Elettrici

Tensione Alimentazione: _____
 Necessità Bombe: SI NO
 Num. Bombe: _____
 capacità bombe: _____
 Tipo Gas _____

Tipo di attacco gas _____

Classe elettrica I	SI	NO	NR
Classe elettrica II	SI	NO	NR
Classe elettrica AI	SI	NO	NR
Tipo elettrico B	SI	NO	NR
Tipo elettrico BF	SI	NO	NR
Tipo elettrico CF	SI	NO	NR
Morsetto terra di protezione	SI	NO	NR
Morsetto terra di equipotenzialità	SI	NO	NR
Morsetto terra funzionale	SI	NO	NR
Cavo di alimentazione Separabile	SI	NO	NR
Cavo di alimentazione Non Separabile	SI	NO	NR

Marchi e Norme

L'apparecchio è accompagnato da Attestato di certificazione 93/42/CEE (D.L.46/97)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 1 (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 2a (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 2b (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è di classe 3 (93/42/CEE)	SI	NO	NR
L'apparecchio è conforme alle norme CEI 62-5 e alle eventuali particolari	SI	NO	NR

VERBALE DI COLLAUDO

SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI – SERVIZIO DI INGEGNERIA CLINICA
AZIENDA ULSS5 POLESANA

Alla presenza dei sotto indicati firmatari si sono svolte le operazioni di collaudo funzionale per la/le apparecchiatura/e sopra indicata/e che ha dato luogo ai seguenti risultati:

1. L'apparecchio risulta perfettamente funzionante SI NO
2. L'apparecchio risulta idoneo all'uso previsto SI NO
3. Il personale sanitario e/o tecnico ha ricevuto precise istruzioni per l'uso SI NO
4. Il personale ha ricevuto i manuali d'uso SI NO
5. verifica della corrispondenza della fornitura all'ordine :POSITIVA NEGATIVA
6. prove di funzionamento: POSITIVA NEGATIVA

Lista delle prove funzionali:

- 7.collegamento idrico ADEGUATO NON ADEGUATO NON PRESENTE
- 8.scarico idrico ADEGUATO NON ADEGUATO NON PRESENTE
- 9.libretto uso manutenzione in lingua italiana SI NO
- 10.marcatatura CE e dichiarazione di conformità SI NO

NOTE: _____

- 11.presenza delle verifiche elettriche : SI NO NOTE: _____

Esito collaudo : POSITIVO

Garanzia : 24 mesi full risk

Firma del Tecnico Ditta Fornitrice *Melli Ghis* Data: 5/5/2023

Firma del Responsabile Sanitario *Franco Lorenza* Data: 05/05/23

Firma del personale Tecnico (SIC) *Michela Terenzi* Data: _____

Firma del Responsabile S.P.P. *Franco Lorenza* Data: 05/05/23

Altri BELLAN ELENA (FISICA SANITARIA) *Bella* Data: 5/5/2023

Note ELENA CREPALDI *Plus Capital* 05/05/23