

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**

Via del Terminillo, 42 - 02100 - Rieti - C.F. e P.I. 00821180577

Tel. 0746-2781-PEC: asl.rieti@pec.it - www.asl.rieti.it

Direttore Generale: Dott.ssa Marinella D'Innocenzo

Decreto Presidente Regione Lazio n. T00215 del 21.11.2017

Deliberazione n. 1/D.G. del 06/12/2017

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 667 del 14 SET. 2018**STRUTTURA PROPONENTE U.O.C. ACQUISIZIONE E LOGISTICA DI BENI E SERVIZI**

Oggetto: Accettazione della donazione di varie apparecchiature medicali e vari beni strumentali non medicali destinati al PASS di Amatrice da parte del SIMFR (Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa). Valore complessivo pari a circa € 20.000,00

Estensore: Dott.ssa Eleonora Franceschini

Il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art.1 della L. n° 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n.165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art.1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta altresì che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art.1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii..

Responsabile del Procedimento: Dott. Luciano Quattrini

Firma _____

Data 04.09.2018

Il Dirigente: Dott. Luciano Quattrini

Data 04.09.2018

Firma _____

Il Direttore della U.O.C. Economico Finanziaria con la sottoscrizione del presente atto attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui imputare la spesa: _____

Autorizzazione: _____

Data _____

Dott.ssa Barbara Proietti

Firma _____

Parere del Direttore Amministrativo

Dott.ssa Anna Petti

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 14/09/2018

Firma _____

Parere del Direttore Sanitario

Dott. Vincenzo Rea

favorevole non favorevole (con motivazioni allegate al presente atto) Data 14/09/2018

Firma _____

IL DIRIGENTE DELLA U.O.C. ACQUISIZIONE E LOGISTICA DI BENI E SERVIZI

PREMESSO che la Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFR) in data 12/04/2018 ha manifestato la propria volontà di donare varie apparecchiature elettromedicali e vari beni strumentali non medicali, specificati come segue :

- Apparecchiature elettromedicali:
 - n. 2 apparecchi per elettroterapia firing
 - n. 2 lampade infrarossi
 - n. 1 apparecchio per magneto MG Wave
 - n. 1 cyclette medica CE 93/42

- Beni strumentali non medicali
 - n. 3 sedie attese con braccioli cod. 01283
 - n. 1 appendiabiti con porta ombrello cod. 34070
 - n.1 cestino portarifiuti cod. 34030
 - n. 2 lettini elettrici bobath cod. LB412A2W3
 - n. 4 sgabelli miguel cod. CS111H25W
 - n. 1 palla gymnic 65 colore blu cod 02983
 - n. 4 tappetini coronella 185x60x1,5 cod. 11010
 - n. 2 paraventi a tre ante cod. 02LU3
 - n. 1 spalliera svedese cod. 04540
 - n. 1 specchio quadrettato 100x200 cod. 03941
 - n. 1 parallela 3 MT cod. 013280
 - n. 1 set percorsi terapeutici cod. 01379
 - n. 1 carrello porta percorsi cod. 01335
 - n. 1 tavola oscillante cod. 02610
 - n. 1 rep band pesca cod. 31010
 - n. 1 rep band arancio cod. 31020
 - n. 1 rep band verde cod. 3103
 - n. 1 rep band blu cod. 31040
 - n. 1 rep band viola cod. 31050
 - n. 2 cavigliera polsiera da 1 kg cod XMB008
 - n. 2 cavigliera polsiera da 2 kg cod. XMB010
 - n. 2 cavigliera polsiera da 3 kg cod. XMB012
 - n. 1 set lombar traction
 - n. 1 scrivania pop easy
 - n. 1 cassettera 3 cassette su ruote
 - n. 1 armadio passepartout 2 ante
 - n. 1 sedia girevole

TENUTO CONTO CHE il valore dei beni oggetto della presente donazione è quantificabile in circa € 20.000,00, come da comunicazione del Segretario del SIMFR, agli atti;

PRESO ATTO del parere favorevole in merito alla rispondenza dei beni di cui trattasi alle esigenze del PASS di Amatrice, espresso dalla Responsabile del Distretto 1, al quale afferisce, tra gli altri, il PASS di Amatrice, in data 04/09/2018, agli atti;

PRESO ATTO, altresì, del parere favorevole espresso dall'Ingegneria Clinica, agli atti;

VISTO il regolamento aziendale in tema di donazioni approvato con deliberazione n. 1225 del 27 ottobre 2016;

TENUTO CONTO che la proposta formulata dalla Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFR) contiene tutte le informazioni necessarie per poter procedere all'accettazione della donazione;

DATO ATTO che la donazione non comporta alcun obbligo da parte dell'Azienda nei confronti del donante;

RITENUTO, pertanto, di poter accettare la donazione sopracitata nell'interesse dell'Azienda, tenuto conto delle esigenze del PASS di Amatrice;

ATTESTATO CHE il presente provvedimento a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, utile e proficuo per il servizio pubblico ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge n. 20/1994 e successive modifiche nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art., 1, comma 1, della legge 241/1990 e successive modifiche ed integrazioni;

DATO ATTO che la proposta è coerente con il vigente Piano Triennale Aziendale della Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

VISTO il D.L.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni;

PROPONE

- 1 **DI ACCETTARE** per le motivazioni espresse in premessa, la donazione di varie apparecchiature elettromedicali e vari beni strumentali non medicali, come precedentemente meglio specificati, da parte della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFR), per un valore pari a circa € 20.000,00;
- 2 **DI DESTINARE** predetti beni al PASS di Amatrice;
- 3 **DI DISPORRE** che il presente atto venga pubblicato nell'albo pretorio on-line aziendale ai sensi dell'art. 32, comma 1, della legge 18.09.2009, n.69 e del D. Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso



IL DIRETTORE GENERALE

Preso atto che:

- il Dirigente sottoscrivendo il presente provvedimento, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza, è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della L. n. 20/1994 e ss.mm.ii., assumendone di conseguenza la relativa responsabilità, ex art. 4, comma 2, L. n. 165/2001, nonché garantendo l'osservanza dei criteri di economicità, di efficacia, di pubblicità, di imparzialità e trasparenza di cui all'art. 1, comma 1°, L. n. 241/1990, come modificato dalla L. n. 15/2005. Il dirigente attesta, altresì, che il presente provvedimento è coerente con gli obiettivi dell'Azienda ed assolutamente utile per il servizio pubblico ai sensi dell'art. 1, L. n. 20/1994 e ss.mm.ii.;
- il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario hanno espresso parere positivo con la sottoscrizione dello stesso;

DELIBERA

- di approvare la proposta di cui trattasi che qui si intende integralmente riportata;
- di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo non essendo sottoposto al controllo regionale, ai sensi del combinato disposto dell'art.30 della L.R. n. 18/94 e successive modificazioni ed integrazioni e degli artt.21 e 22 della L.R. 45/96.


Il Direttore Generale
Dott.ssa Marinella D'Innocenzo



La presente Deliberazione è inviata al Collegio Sindacale

in data 14 SET. 2018

La presente Deliberazione è esecutiva ai sensi di legge

dal 14 SET. 2018

La presente Deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio on-line aziendale
ai sensi dell'art.32, comma 1, L.18.09.2009, n.69 e del D.Lgs. 14.03.2013 n.33

in oggetto

per esteso

in data 14 SET. 2018

Rieti li 14 SET. 2018

IL FUNZIONARIO



M 1 di 1
P 1 di 13

donazione,

Al Direttore Generale
ASL Rieti
Via del Terminillo n. 42
02100 Rieti (RI)

ulciora



PROPOSTA DI DONAZIONE (APPARECCHIATURE MEDICALI)

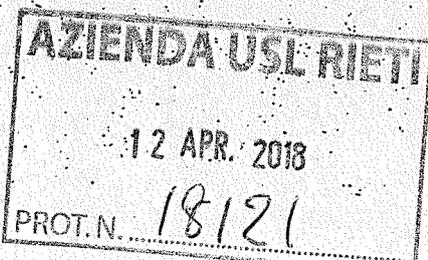
La sotto indicata Ditta SINFER Persona Fisica
intende inoltrare proposta di donazione del bene descritto di seguito, a codesta Spett.le Azienda, a
norma di quanto stabilito e regolamentato dalla legislazione regionale vigente.

| | |
|--|------------------------------------|
| DATI DEL DONANTE | |
| Ditta o Rag. Sociale: <u>SINFER (SOC. ITALIANA MEDICA FIDUCIA E RIABILITATIVA)</u> | |
| Domicilio Fiscale - Via: <u>Pia B. CAIROI 2</u> CAP: <u>00186</u> | |
| Città: <u>ROMA</u> | |
| Recapito Telefonico e fax: <u>3287661238</u> FAX: <u>0656561695</u> | |
| Cod. Fisc: <u>00051410068</u> | |
| P.Iva: <u>04042281008</u> | |
| CCIAA n. iscrizione: Città: | |
| Per le persone fisiche (nome cognome): | |
| Luogo di nascita Città o Provincia | |
| Data di nascita | |
| DATI DEL BENE | |
| Tipo: <u>VED. SCRIVIO ALLEGATO</u> Marca: | |
| Mod.: per un valore di euro: | |
| DATI DELL'UNITA' OPERATIVA DI DESTINAZIONE | |
| Sede: <u>PAS AMATRICE</u> Via: | |
| Città: | U.O.: <u>DSA TOMASSONI</u> Stanza: |

A tale scopo dichiara che:

- 1) la donazione del bene non comporta alcun obbligo da parte dell'Azienda nei confronti del donante.
- 2) l'eventuale materiale di consumo necessario al funzionamento del bene è comunemente reperibile sul mercato a livello concorrenziale;

Il donante si impegna a fare eseguire dal personale della ditta venditrice regolare Collaudo, alla presenza del personale della U.O.C. Tecnico Patrimoniale che provvederà ad effettuare le opportune Verifiche.



Al 1 di 1
2 di 13

- insieme al bene saranno consegnati tutti i manuali operativi necessari per l'uso ed i manuali di service, completi di schemi elettrici e/o meccanici, necessari per l'esecuzione della manutenzione correttiva e preventiva.

Allega inoltre:

- DICHIARAZIONE DI RISPONDENZA del bene, sottoscritta dal Produttore, alle competenti norme di sicurezza ed alle leggi vigenti in materia.

Data, 05/04/2018

[Signature]
A. La Dina

SECRETARIO REGIONALE ASD - SIMFER

Il bene risponde alle necessità del Dipartimento:

si
 no

Con l'utilizzo dello stesso è ottenibile la seguente metodica diagnostica o terapeutica (cancellare la voce che non interessa).....
.....
congrua alle necessità del Dipartimento.

Per il funzionamento del bene sono necessarie risorse umane aggiuntive:

si
 no

Il responsabile Dipartimento

[Signature]

[Signature]

M 1 di 1
pg 3 di 13



Segreteria Regionale del Lazio
Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

ELENCO BENI STRUMENTALI MEDICALI

- N° 2 APPARECCHI PER ELETTROTHERAPIA FIRING
- N° 2 LAMPADE INFRAROSSI
- N° 1 APPARECCHIO PER MAGNETO MG WAVE
- N° 1 CYCLETTE MEDICALE CE 93/42

Carlo Damiani

Segretario Regionale SIMFER Lazio

CYCLETTE MEDICALE

pu1 di 1
u di 13



Descrizione

Cicloergometro verticale della linea "Magnetica" per riabilitazione, caratterizzato da un facile utilizzo e dotato di una consolle per la visualizzazione e l'impostazione dei dati base. Il funzionamento è indipendente dalla rete elettrica.

Il display permette di visualizzare in tempo reale pulsazioni, rpm (giri al minuto), tempo, distanza, calorie e di impostare la frequenza cardiaca, il tempo dell'esercizio, la distanza in km e le calorie da bruciare.

Computer di allenamento:

- Display LCD
- Misurazione pulsazione: con sensori palmari
- Avvertimento acustico alla pressione dei tasti

Dati Tecnici

Dimensioni di ingombro:

120 x 55 x 148 h cm

Peso:

80 kg

Sistema frenante:

a Magnete

Resistenza:

regolabile manualmente da 40 a 446 Watt costanti

Alimentazione:

3 pile da 1,5 V

Trazione:

a cinghia

Altezza minima della sella da terra:

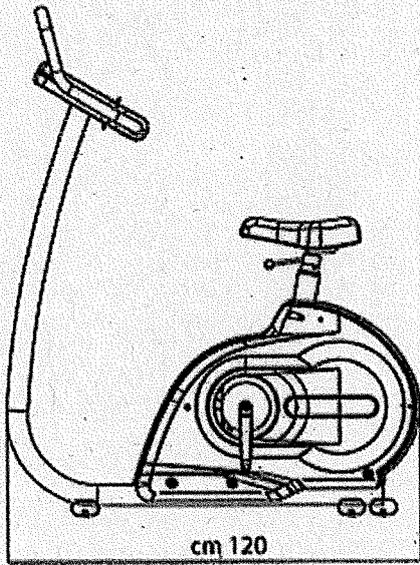
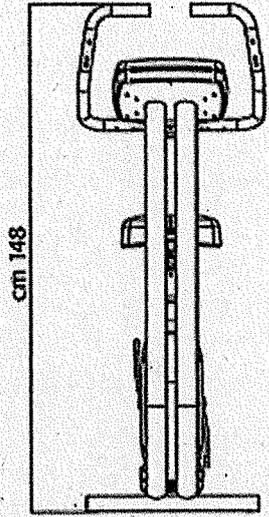
80 cm (90 cm con accessorio XRU007)

Carico di peso massimo:

180 kg

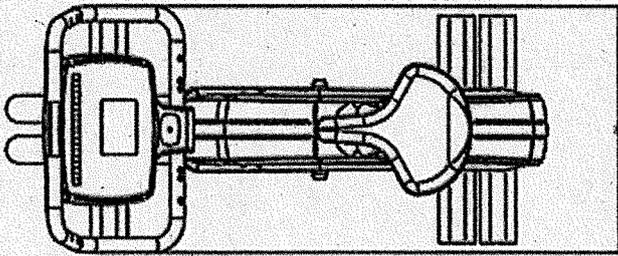
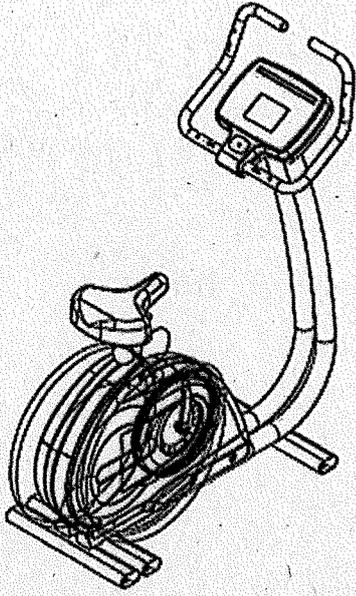
Spostamento:

su ruote



JP

Pl 1 del 1
Ed 13



Jo

Magnetoterapia

MG-WAVE è un'apparecchiatura portatile per terapia con Campi Elettromagnetici Pulsati (C.E.M.P.) a bassa frequenza (E.L.F.).

ARCHIVIO PAZIENTI

Permette di memorizzare:

- dati del paziente
- patologia
- descrizione del trattamento
- personalizzazione del trattamento
- valutazione del livello del dolore iniziale, intermedio e a fine terapia

Il nostro archivio permette un accesso immediato al trattamento personalizzato per poterlo ripetere con maggiore facilità.

PROGRAMMI E SEQUENZE

Possibilità di immagazzinare nuovi programmi e sequenze di programmi composti. Questo permette di creare trattamenti personalizzati ai fini di dare una terapia specifica al paziente.

CARATTERISTICHE GENERALI:

- Grande potenza di emissione
- Semplice regolazione dei parametri
- Programmi preimpostati per le più comuni patologie
- Facile posizionamento delle bobine
- Possibilità di utilizzo di bobina a mattoncino o con forma circolare per trattamenti cervicali o lombari
- Ampio display grafico LCD per la visualizzazione dei parametri di erogazione
- Archivio pazienti
- Possibilità di immagazzinare programmi modificati e sequenze di protocolli

DATI TECNICI:

- *N. uscite:* 2
- *Segn. pilota del campo:* rettangolare
- *Durata dell'impulso:* fino a 5 ms
- *Frequenza:* 1 + 750 Hz
- *Induzione B max:* 150 gauss di picco ($\pm 15\%$) sulla singola bobina
- *Timer:* 0+240 min., segnalazione acustica di fine trattamento ed interruzione automatica del funzionamento
- *Alimentazione:* 115 - 230 Vac, 50 - 60 Hz
- *Assorbimento:* 55 VA
- *Classe di sicurezza:* I Tipo BF (CEI EN 60601-1)
- *Dimensioni (LxPxH):* 27x32,8x23 cm centralina. \varnothing 15 cm (cad.) bobine
- *Peso:* 3,8 Kg centralina. 750 g (cad.) bobine

ACCESSORI STANDARD:

- 2 Bobine \varnothing 15 cm [1] (A01.00041)
- 2 Cinture elastiche 100 cm [2] (F7)
- 1 Magnete [3] (MGN)

ACCESSORI OPTIONAL:

- Gilet in velcro [4] (GIL)
- Bobina per arti \varnothing 30 cm [5] (A01.00064)
- Bobina lombare \varnothing 61 cm [6] (A01.00063)
- Letto per terapia in alluminio [7] (A01.00006)*
- Letto per terapia in legno [8] (A01.00040)*
- Bobine \varnothing 7,5 cm [9] (A01.00032)
- Cavo per bobina cerv/lombare (A01.00065)
- Borsa Evo Line (A02.00241)
- Carrello Evo Line (A01.00056)

Magneto Box è un'apparecchiatura portatile per terapia con Campi Elettromagnetici Pulsati (C.E.M.P.) a bassa frequenza (E.L.F.).

Progettata per un uso professionale e domiciliare. Equipaggiata di una valigetta per un facile trasporto. Vasta biblioteca di programmi per le più comuni patologie (oltre 80). Ampio range di frequenze utilizzabili (1+750 Hz).

CARATTERISTICHE GENERALI:

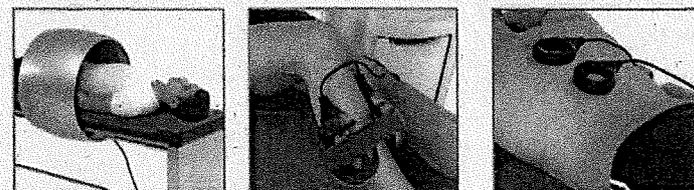
- Grande potenza di emissione
- Semplice regolazione dei parametri
- 32 programmi reimpostati per le più comuni patologie e 1 programma libero
- Facile posizionamento delle bobine

DATI TECNICI:

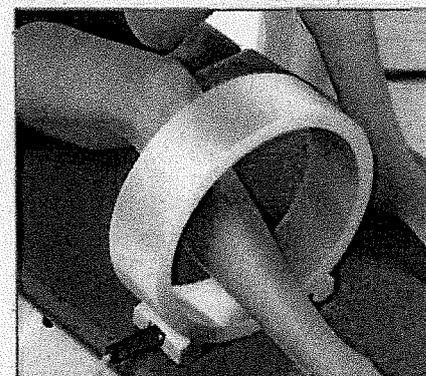
- *Segnale pilota del campo:* rettangolare
- *Frequenza:* 2 + 750 Hz
- *Induzione B max:* 160 gauss di picco ($\pm 30\%$) sulla singola bobina
- *Timer:* 0+180 min., segnalazione acustica di fine trattamento ed interruzione automatica del funzionamento
- *Alimentazione:* 230 Vac, 50 Hz
- *Assorbimento:* 30 VA
- *Classe di Sicurezza:* II tipo BF (CEI EN 60601-1)
- *Dimensione:* 13,5x18,5x6 cm centralina, \varnothing 7,5 cm (cad.) bobine
- *Peso:* 1 kg centralina, 250 g (cad.) bobine

ACCESSORI STANDARD:

- 2 Bobine \varnothing 7,5 cm (A01.00032)
- 2 Cinture elastiche 100 cm (F7)
- 1 Magnete (MGN)
- 1 Valigetta contenitore corredo magneto (VAL-24/3)



Applicazioni per Cyborg Mag, Mg-Wave e Mg Box



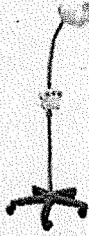
Applicazioni Cyborg Mag e Mg-Wave

ENDOMEDICA

78, Viale Tiziano • 00196 Roma
tel. 06/32609300 r.a. • fax 06/32609308

SRL

MU 1 di 1
8 di 13



LAMPADA AD INFRAROSSI 250 WATT COMPLETA DI STATIVO

codice: 11139

LAMPADA AD INFRAROSSI 250 WATT COMPLETA DI STATIVO E LAMPADINA

APPLICAZIONI PRINCIPALI:

Il principale effetto dell'infrarosso è la produzione dell'effetto termico nella zona di trattamento, ossia la trasmissione di calore ai tessuti: il calore aumenta la temperatura producendo l'aumento del metabolismo dei tessuti, vasodilatazione dei capillari e rilassamento muscolare.

La luce ad infrarosso è inoltre particolarmente indicata nei trattamenti di bellezza, rilassamento e rinnovamento dei tessuti.

Il calore trasmesso risulta piacevole per il paziente in tutte le situazioni in cui sia opportuno e salutare irradiare e riscaldare zone del corpo.

L'effetto antalgico dell'infrarosso è legato alla rimozione di sostanze algogene dai tessuti patologici e al rilassamento dei muscoli contratti. È particolarmente indicato per tutti gli stati di contrattura muscolare, per il trattamento dell'artrosi cervicale e lombare e nel trattamento di piaghe da decubito.

Inoltre, i raggi infrarossi risultano efficaci come preparazione alle sedute di kinesiterapia.

L'aumento del flusso sanguigno, che fa seguito alla vasodilatazione, fa pervenire nei tessuti una maggiore quantità di sostanze nutritive, ossigeno, globuli bianchi ed anticorpi e facilita la rimozione dei cataboliti dai tessuti.

Queste modificazioni biologiche migliorano il trofismo dei tessuti e facilitano la riparazione dei danni tissutali.

La lampada ad infrarosso WHF-312 è un dispositivo medico particolarmente indicato per il trattamento e la cura di dolori articolari, sia acuti che cronici, grazie alle caratteristiche peculiari del suo fascio luminoso in grado di stimolare la circolazione sanguigna e l'ossigenazione dei tessuti.

La lampada ad infrarosso WHF-312 offre la possibilità di impostare l'intensità di radiazione, permettendo un controllo costante della luce trasmessa e dunque una terapia efficace e controllata.

Il tempo di terapia è impostabile da 10 a 60 minuti, o in continuo, a seconda delle necessità del paziente e della patologia da trattare.

La lampada da 250 Watt garantisce una adeguata potenza irradiante grazie all'utilizzo di tecnologia Philips con bulbo a luce calda.

WHF-312 è un dispositivo medico certificato CE1023.

CARATTERISTICHE TECNICHE:

- Timer impostabile 10-60 minuti o continuo
- Potenza 250 Watt a luce calda
- Dispositivo medico CE 1023
- Stativo ad altezza regolabile
- Peso dispositivo 5 Kg
- Ingombro massimo 1600x500mm

FIRING (evo)

(7F00) ELETTROTERAPIA A 2 USCITE

Milano
9 di 13

Elettroterapia 



FIRING è un'unità di stimolazione elettrica per terapia. Permette di effettuare trattamenti con correnti a bassa e media frequenza su due uscite regolabili in intensità indipendentemente.

PATIENTS DATABASE

Permette di memorizzare:

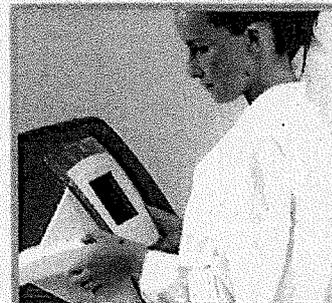
- dati del paziente
- patologia
- descrizione del trattamento
- personalizzazione del trattamento
- valutazione del livello del dolore iniziale, intermedio e a fine terapia

Il nostro archivio permette un accesso immediato al trattamento personalizzato per poterlo ripetere con maggiore facilità.



PROGRAMMI E SEQUENZE

Infinita possibilità di immagazzinare nuovi programmi e sequenze di programmi composti. Questo permette di creare trattamenti personalizzati ai fini di dare una cura più specifica al paziente.

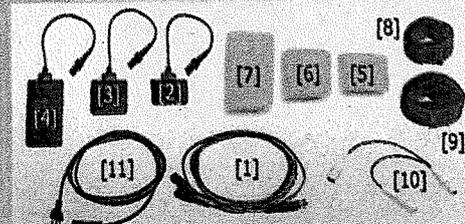


Dati Tecnici

| | |
|----------------------|--|
| Allimentazione: | 100 - 240 V~, 50±60 Hz |
| Absorbimento: | 40 VA |
| Classe di sicurezza: | 1 tipo BF (CEI EN 60601-1, CEI EN 60601-2-10). |
| Peso: | 3,8 Kg |
| Dimensioni (LxPxH): | 27 x 32,8 x 23 cm |

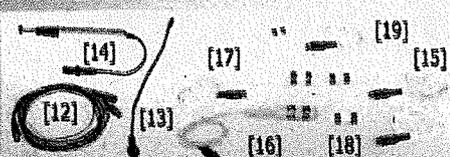
Accessori Standard

| | |
|------------------------------------|----------|
| 2 Cavi per elettrostimolazione [1] | (C/IS-S) |
| 4 Elettrodi 60x40 mm [2] | (EL/1-P) |
| 2 Elettrodi 60x60 mm [3] | (EL/2-P) |
| 2 Elettrodi 60x120 mm [4] | (EL/3-P) |
| 4 Spugne per EL/1-P [5] | (SP/1) |
| 2 Spugne per EL/2-P [6] | (SP/2) |
| 2 Spugne per EL/3-P [7] | (SP/3) |
| 2 Cinture elastiche 50 cm [8] | (F6) |
| 2 Cinture elastiche 100 cm [9] | (F7) |
| 2 Cavi di sdoppiamento [10] | (C/SD) |
| 1 Cavo di alimentazione [11] | (C/A) |



Accessori Optional

| | |
|--|---------|
| Cavo di connessione ad ultrasuoni/stimolatore [12] | (C/U) |
| Cavi con spinotto 2 mm [13] | (C/SP) |
| Elettrodo puntiforme [14] | (M/P-P) |
| Elettrodo vaginale [15] | (EV/1) |
| Elettrodo vaginale [16] | (EV/2) |
| Elettrodo vaginale [17] | (EV/3) |
| Elettrodo vaginale [18] | (EV/4) |
| Elettrodo anale [19] | (EL/A) |



SPECIFICHE

- 11 modalità di stimolazione (tipo di corrente).
- Protocolli di trattamento pre-programmati semplici o composti
- Protocolli memorizzabili dall'utente per ciascuna delle modalità di erogazione
- Possibilità di mettere in sequenza protocolli appartenenti alla stessa modalità di erogazione
- Programmi preimpostati per le più comuni patologie.
- Generatore di corrente costante o tensione costante
- Facilità d'uso
- Ampio display grafico LCD per la visualizzazione dei parametri di erogazione
- Archivio pazienti
- Possibilità di immagazzinare programmi modificati e sequenze di protocolli

MODALITA' DI EROGAZIONE

-  **Tens:** erogazione costante (CONST), a modulazione di ampiezza (AMF), a modulazione di frequenza (FM), con modulazione ad impulsi (BURST). Frequenza: 2+200 Hz. Durata impulsi: 50+1000 µs. Intensità: 0+250 mA (Ipp).
-  **Muscle:** Impulsi bidirezionali simmetrici. È disponibile un archivio di programmi differenziati relativamente allo stato del muscolo da trattare. Frequenza: 2+200 Hz. Durata impulsi: 50+1000 µs. Intensità: 0+250 mA (Ipp).
-  **Corrente interferenziale bipolare:** corrente ad onda quadra bidirezionale modulata in ampiezza. Frequenza onda quadra: 4000 Hz. Frequenza sinusoidale di modulazione: 0+200 Hz. Intensità: 0+250 mA (Ipp).
-  **Vettore tetrapolare:** Corrente bidirezionale modulata in ampiezza. Frequenza onda quadra 4000Hz. Frequenza sinusoidale di modulazione 5+200Hz. Intensità 0+250 mA (Ipp)
-  **Kotz:** corrente sinusoidale interrotta. Frequenza sinusoidale: 1000+2500 Hz. Frequenza modulazione: 50+80 Hz. Intensità: 0+250 mA (Ipp).
-  **Traebert:** corrente monodirezionale rettangolare. Durata impulsi: 2 ms. Durata pausa: 5 ms. Intensità: 0+50 mA (Ip).
-  **Faradica:** impulsi monodirezionali. Frequenza: 1+100 Hz. Intensità: 0+125mA (Ip).
-  **IONO** **Corrente continua:** corrente monodirezionale a media frequenza. Duty cycle: 95%. Intensità: 0+40 mA (Ip).
-  **Correnti diadnamiche:** monofase (MF), difase (DF), corto periodo (CP), lungo periodo (LP). Intensità: 0+50 mA (Ip).
-  **Impulsi:** rettangolare e triangolare monodirezionali. Durata: 1+1000 ms. Pausa: 1+5 s. Intensità: 0+50 mA
-  **Urologia:** Impulsi bidirezionali simmetrici. Frequenza: 2+200 Hz. Durata impulso: 50+1000 µs. Corrente massima: 250 mA (Ipp). Caratteristiche d'uscita: tensione costante (CV)

 **ENDOMEDICA** SRL

78, Viale Tiziano • 00196 Roma
tel. 06/32609300 r.a. • fax 06/32609308

Al 1 de 1
10 de 13

ASL Rieti
Via del Terminillo n. 42
02100 Rieti (RI)

11-de-18

PROPOSTA DI DONAZIONE DI BENI STRUMENTALI (non medicali)

La sotto indicata Ditta SIMFER Persona Fisica _____
intende inoltrare proposta di donazione del bene descritto di seguito, a codesta Spett.le Azienda, a
norma di quanto stabilito e regolamentato dalla legislazione regionale vigente.

| | |
|--|-------------------------------------|
| DATI DEL DONANTE | |
| Ditta o Rag. Sociale: <u>SIMFER (Società ITALIANA MEDICINA FINO E RIABILITATIVA)</u> | |
| Domicilio Fiscale - Via: <u>Piazza B. CAROLI 2</u> CAP: <u>00186</u> | |
| Città: <u>ROMA</u> | |
| Recapito Telefonico e fax: <u>3287661238</u> FAX: <u>06-56561695</u> | |
| Cod. Fisc.: <u>80051410068</u> | |
| P.Iva: <u>04042281008</u> | |
| CCIAA n. iscrizione: Città: | |
| Per le persone fisiche (nome cognome): | |
| Luogo di nascita Città o Provincia | |
| Data di nascita | |
| DATI DEL BENE | |
| Tipo: <u>VEDI ELEVO ALLEGATO</u> | Marca: |
| Mod: | per un valore di euro: |
| DATI DELL'UNITÀ OPERATIVA DI DESTINAZIONE | |
| Sede: <u>PASS AMATRICE</u> | Via: |
| Città: | U.O.: <u>DISA TOMASSONI</u> Stanza: |

A tale scopo dichiara che:

- 1) la donazione del bene non comporta alcun obbligo da parte dell'Azienda nei confronti del donante;
- 2) l'eventuale materiale di consumo necessario al funzionamento del bene è comunemente reperibile sul mercato a livello concorrenziale;
- 3) l'accettazione della donazione richiede l'acquisto, per il proprio funzionamento, di ulteriori apparecchiature quali: _____

Dichiara inoltre che:

AZIENDA USL RIETI
112 APR. 2018
PROT. N. 18123

Qu 1 di 1
14 de 13

- insieme al bene saranno consegnati tutti i manuali operativi necessari per l'uso ed i manuali di service, completi di schemi elettrici e/o meccanici, necessari per l'esecuzione della manutenzione correttiva e preventiva.

Allega inoltre:

- DICHIARAZIONE DI RISPONDENZA del bene, sottoscritta dal Produttore, alle competenti norme di sicurezza ed alle leggi vigenti in materia.

Data, 05/04/2018

[Signature]

SECRETARIO REGIONALE CROD - SIMFER

Il bene risponde alle necessità del Dipartimento:

si
 no

Con l'utilizzo dello stesso è ottenibile la seguente metodica diagnostica o terapeutica (cancellare la voce che non interessa).....
.....
congrua alle necessità del Dipartimento.

Per il funzionamento del bene sono necessarie risorse umane aggiuntive:

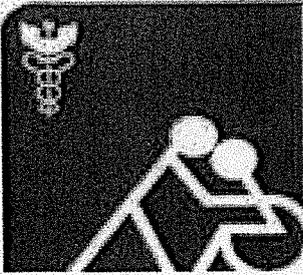
si
 no

Il responsabile Dipartimento

[Signature]

[Signature]

DU Cd 1
12 di 13



Segreteria Regionale del Lazio
Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

ELENCO BENI STRUMENTALI NON MEDICALI

- N° 3 SEDIA ATTESA CON BRACCIOLI COD. 01283
- N° 1 APPENDIABITI CON PORTA OMBRELLLO COD. 34070
- N° 1 CESTINO PORTARIFIUTI COD. 34030
- N° 2 LETTINI ELETTRICI BOBATH COD. LB412A2W3
- N° 4 SGABELLI MIGUEL COD. CS111H25W3
- N° 1 PALLA GYMNIC 65 COLRE BLU COD.02983
- N° 4 TAPPETINI CORONELLA 185X60X1,5 COD. 11010
- N° 2 PARAVENTI A TRE ANTE COD. 02LU3
- N° 1 SPALLIERA SVEDESE COD. 04540
- N° 1 SPECCHIO QUADRETTATO 100X200 COD. 03941
- N° 1 PARALLELA 3 MT COD. 013280
- N° 1 SET PERCORSI TERAPEUTICI COD. 01379
- N° 1 CARRELLO PORTA PERCORSI COD. 01335
- N° 1 TAVOLA OSCILLANTE COD. 02610
- N° 1 REP BAND PESCA COD. 31010
- N° 1 REP BAND ARANCIO COD. 31020
- N° 1 REP BAND VERDSE COD. 31030
- N° 1 REP BAND BLU COD. 31040
- N° 1 REP BAND VIOLA COD. 31050
- N° 2 CAVIGLIERA POLSIERA DA 1 KG. COD. XMB008
- N° 2 CAVIGLIERA POLSIERA DA 2 KG. COD. XMB010

All 1 di 1
12 di 13

N° 2 CAVIGLIERA POLSIERA DA 3 KG. COD. XMB012

N° 1 SET LOMBAR TRACTION

N° 1 SCRIVANINIA POP EASY

N° 1 CASSETTIERA 3 CASSETTI SU RUOTE

N°1 ARMADIO PASSEPARTOUT 2 ANTE

N° 1 SEDIA GIREVOLE

Carlo Damiani

Segretario Regionale SIMFER Lazio

