



Fase: Collaudo	ID: 1	R.U.P. FRANCESCO MAZZOLI
Tipo di contratto: Forniture	Settore Ordinario	Tel:
Numero contratto: 273915	e-mail: f.mazzoli@asst-valcamonica.it	

## Oggetto dell'appalto

Acquisizione di n.02 apparecchi per anestesia\_piano di riordino\_stroke unit

1 DATI GENERALI	
1.1 Codice di individuazione dell'appalto (CIG)	889869181D
1.2 Data del collaudo statico	
1.3 Data del certificato di regolare esecuzione	25-01-2022
1.4 Modalita' del collaudo tecnico amministrativo	
1.5 Data nomina collaudatore/commissione	
1.6 Data inizio operazioni di collaudo	
1.7 Data redazione certificato di collaudo	
1.8 Data delibera di ammissibilita' del collaudo	
1.9 Esito del collaudo	Positivo

2 IMPORTI	
2.10 Importo finale componente lavori in euro	
2.11 Importo finale componente servizi in euro	
2.12 Importo finale componente forniture in euro	47.800,00
2.13 Sub Totale (10 + 11 + 12)	47.800,00
2.14 Importo finale per l'attuazione della sicurezza	0,00
2.15 Importo progettazione	0,00
2.16 Importo finale complessivo dell'appalto (13 + 14 +	47.800,00
2.17 Totale 'somme a disposizione' effettivamente	10.516,00
2.18 Importo a consuntivo dell'intervento (16 + 17)	58.316,00
2.18bis Lavori annuali estesi a piu' esercizi	N

3 CONTENZIOSO	
3.19 Numero totale riserve definite con accordo bonario	
3.20 Oneri complessivi derivati	
Riserve definite o da definire In via transattiva	0
Riserve definite o da definire In via giudiziale	0
Riserve definite o da definire In via arbitrale	0
Riserve definite o da definire In via amministrativa in sede di	0
3.26 Numero totale riserve avanzate	0
3.27 Numero totale riserve definite	0
3.28 Importo totale contenzioso risolto	0,00

#### 4 COMUNICAZIONI

Variazione Anagrafica 1	
Cod. fis. Impresa	09058160152
Denominazione Impresa	DRAEGER ITALIA S.P.A.
Nazione	
Avval. per Req.	
Avval. per Att.	
Cod. fis. ditta ausiliaria	
Tipologia soggetto	Impresa singola (imprenditori)
Ruolo	
Data variazione	22-04-2022
Tipo Variazione	Aggiunto

5 INCARICHI	
Soggetto Incaricato 1	
Codice fiscale	PLNRRT73H02Z110R
Denominazione	ROBERTO PAOLONE
Ruolo	Redattore del certificato o attestato di

Data invio

IL RESPONSABILE .....

Indirizzo	VIA DASSA N.3
Telefono	0364369461
Fax	
Email	ROBERTO.PAOLONE@ASST-

6 NOTE	
Note	

Data invio

IL RESPONSABILE .....