

**REGISTRAZIONE EXCEL**

BLOCCATA AL .....  
FATTURA NON BLOCCATA AL .....  
SBLOCCATA IL .....

DATA CONSEGNA   
RICEZIONE IN ORACLE   
N° INVENTARIO   
COLLAUDO

**RICEZIONE**

MESE: NOVEMBRE  
RICEVUTO:

**ORDINE N°: 18634 DEL 26/06/2023**

**DITTA: Irgen Srl**

**REPARTO: Via Pace - Stabulario**

**IMPORTO € 158.234,00 I.V.A. compresa**

**APPARECCHIATURA: N.2 microscopi da laboratorio + N.1 monitor**

**CONSEGNA IL: 08/11/2023 COLLAUDATO IL: 08/11/2023**

**INVENTARIO: 217118 - 217120 MICROSCOPI**

**NOLEGGIO:  RICERCA:**

**GAEM:  ORACLE:  RISCATTO: €**

**NOTE:**





Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie  
S.C. Ingegneria Clinica

## VERBALE DI COLLAUDO TECNICO E MESSA IN SERVIZIO

IN CONTRADDITTORIO  UNILATERALE

ATTI: Atti 197/2023

OGGETTO DELL'APPALTO: Microscopi + Accessori

IMPORTO DELL'APPALTO (IVA COMPRESA): € 158.234,00

DITTA FORNITRICE: Irgen srl

FORNITORE ASS. TECNICA: Irgen srl

NUMERO E DATA DEL BUONO D'ORDINE: 2023018634 del 26/06/2023

CIG: 9799920DCE

In riferimento alle seguenti apparecchiature oggetto dell'appalto in argomento

N. INV	N. SERIE	TIPOLOGIA	MODELLO	PRODUTTORE	UNITA' OPERATIVA	REPARTO	CDRCDC
217118	6628189108	MICROSCOPIO	OPH PRO300 S7	CARL ZEISS	CENTRO RICERHE PRECLINICHE	STABULARIO	060260
217120	6628189109	MICROSCOPIO	OPH PRO300 S7	CARL ZEISS	"	"	"
217122	8008493	MONITOR	LMD-273HD/7	SONY	"	"	"
218073	8008485	MONITOR	LMD-273HD/7	SONY	"	"	"
217119	13009	TELECAMERA	HCC-500HD	SONY	"	"	"
217121	13241	TELECAMERA	HCC-500HD	SONY	"	"	"

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

Riserve ai fini del successivo positivo collaudo:





Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie  
S.C. Ingegneria Clinica

## VERBALE DI COLLAUDO TECNICO E MESSA IN SERVIZIO

IN CONTRADDITTORIO  UNILATERALE

ATTI: Atti 197/2023

OGGETTO DELL'APPALTO: Microscopi + Accessori

IMPORTO DELL'APPALTO (IVA COMPRESA): € 158.234,00

DITTA FORNITRICE: Irgen srl

FORNITORE ASS. TECNICA: Irgen srl

NUMERO E DATA DEL BUONO D'ORDINE: 2023018634 del 26/06/2023

CIG: 9799920DCE

In riferimento alle seguenti apparecchiature oggetto dell'appalto in argomento

N. INV	N. SERIE	TIPOLOGIA	MODELLO	PRODUTTORE	UNITA' OPERATIVA	REPARTO	CDRCDC
218076	12551	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI SICUREZZA	HVO-500HD	SONY	CENTRO ACCOGLIE PRECLINICHE	STABULARIO	060260
218074	12559	RIPRODUTTORE VIDEO O DIGITALE DI SICUREZZA	HVO-500HD	SONY	"	"	"

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

Riserve ai fini del successivo positivo collaudo:





Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie  
S.C. Ingegneria Clinica

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

acquisiti i SEGUENTI pareri di competenza:

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

sig. ANDREA BERTO  
Nome e Cognome

[Handwritten Signature]  
firma

- **Il Responsabile dell'UO richiedente**.....

dott. STEFANO GATTI  
Nome e Cognome

Unità Operativa ..... Cdr/CdC

[Handwritten Signature]  
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 08/11/2023

**Il Direttore dell'UOC Ingegneria Clinica**

Ing. Paolo Cassoli  
[Handwritten Signature]







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

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

PADIGLIONE VIA PADE 9 STABULARIO PIANO / CdR/CdC 060 / 260

U.O. AREAZIONE SCIENTIFICA C.D.C. CENTRO RICERCHE PRECLINICHE

APPARECCHIO MICROSCOPIO CIVAB MARZESPE

PRODUTTORE CARL ZEISS MERITEC AG

MODELLO OPTI PROERG SERIE 6628189108-6628189109

INVENTARIO 217118-217120 ACC.DI //

ORDINE N° 2023018634 DATAORD. 26 / 06 / 2023

DITTA FORNITRICE IRGEN SRL DITTA MANUTENTRICE IRGEN SRL

VALORE CON IVA € 158.234,00 PROPRIETA'  Ospedale  Università  Altro

FORMA PRESENZA  Service  Comodato d'uso  Donazione  Università  Noleggio  Acquisto Ricerca

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 CEI 62-5

PRESENZA DI PARTI APPLICATE  Si  No N° \_\_\_\_\_ TIPO \_\_\_\_\_

ALIMENTAZIONE  Interna  Esterna CAVO SEPARABILE  Si  No CONNESSIONE  Permanente  A spina

TENSIONE DI ALIMENTAZIONE 240 V  AC  DC POTENZA 1250  W  VA  A

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

NOTE \_\_\_\_\_



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

VERIFICA: RQ LC  
APPROVAZIONE: RUOC PC

VERIFICA VISIVA

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

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

ANALIZZATORE UTILIZZATO

- FLUKE, ESA 615, inv. 203010, calibrato il 10/11/2023  
 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  SI  No

SE NON SONO ALLEGATI INDICARE IL MOTIVO \_\_\_\_\_

**EVENTUALI NOTE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

DATA MESSA IN SERVIZIO 08 / 11 / 2023

SCADENZAGARANZIA 08 / 11 / 2025

DATA COMPILAZIONE 08 / 11 / 2023

IL TECNICO U.O.I.C. MB



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

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

Il sottoscritto/a (Cognome) GATTI ..... (Nome) STEFANO ..... Direttore dell'U.O CdR/CdC ..... **Direzione scientifica** ....., 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. .... 2023018634 ..... del ..... 26/06/2023 .....
- 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 08/11/2023 .....

**Firma per accettazione dell'incarico**

Il delegato alla gestione della conservazione e custodia

.....

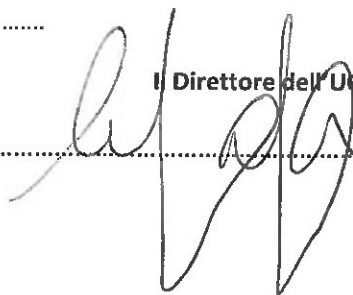
Il delegato alla gestione del reprocessing

.....

Il delegato alla gestione del corretto utilizzo

.....

Il Direttore dell'UO

 25472





## VERBALE DI CONSEGNA E COLLAUDO

Cliente	Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico Via Francesco Sforza 28, 20100 Milano (MI)		
Luogo di Consegna	C/O Policlinico Stabulario, Via Pace 9, Milano		
Vs Ordine Nr.	ID Contratto: ICC197/2023 - Ordine 2023018634-rev2#2023-06-26#OJTKF1#Revised - CIG 9799920DCE		
Consegnato con	Ddt 106/001 del 08/11/2023		
Descrizione della strumentazione installata	Nr.2 Microscopio Zeiss mod. OPMI PROergo S7 (rif. 000000-2234-657) Serial nr 6628189108 - Serial nr 6628189109 Nr.1 Telecamera Sony mod. mcc500MD Nr. 1 Videoregistratore Sony HVO-500MD Full HD, comprensivo di cavo DVI 2m, cavo per connessione AUX; Nr. 1 Monitor Sony mod. Lmd2735 Fullhd da 27 pollici Nr. 1 Coosservatore stereoscopico contrapposto comprensivo di ponte stereo, tubo binoculare Foldable pieghevole ed estensibile f170/f260 e oculari; Nr. 1 Monitor esterno 50" Aggiornamento, Revisione e Pulizia delle ottiche dei nr.3 microscopi Zeiss in Vs possesso; Smaltimento e ritiro a nostro carico.		
Collaudo eseguito il	08-11-2023		
Esito del collaudo (barrare le caselle)	Installazione eseguita con esito	positivo	<u>OK</u>
	Verifiche elettriche e funzionali Eseguite dall'ente in loco con esito	positivo	<u>OK</u>
Note			
Firma del Cliente	Firma Installatore		
 25472			Data
			08-11-2023





**CORSO DI FORMAZIONE**

**PER IL PERSONALE SANITARIO E TECNICO-SANITARIO ADDETTO ALL'USO DELLE APPARECCHIATURE**

<b>Cliente</b>	Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico, Via Francesco Sforza 28, 20100 Milano (MI) C/O Policlinico Stabulario, Via Pace 9, Milano
<b>Vs Ordine Nr.</b>	ID Contratto: ICC197/2023 - Ordine 2023018634-rev2#2023-06-26#OJTKF1#Revised
<b>Formatore</b>	GIUSEPPE AIELLO
<b>Corso di formazione all'uso di:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Microscopio Operatorio OPMI PROergo su Stativo S7 mobile a pavimento 003900-0006-108;</li> <li>- Telecamera Sony mod. mcc500MD</li> <li>- Videoregistratore Sony HVO-500MD Full HD, comprensivo di cavo DVI 2m, cavo per connessione AUX;</li> <li>- Monitor Sony mod. Lmd2735 Fullhd da 27 pollici</li> <li>- Coosservatore stereoscopico contrapposto comprensivo di ponte stereo, tubo binoculare Foldable pieghevole ed estensibile f170/f260 e oculari;</li> <li>- Monitor esterno 50"</li> </ul> <p>Il corso di addestramento ed istruzione all'uso dello strumento suddetto è rivolto al personale sanitario e tecnico-sanitario ed è a cura del ns. personale tecnico. Si svolgerà presso la vs. unità operativa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi della composizione strumentale e sua corretta collocazione e movimentazione nell'ambiente di utilizzo;</li> <li>• Descrizione dello strumento e di tutti i dispositivi applicati con spiegazione dettagliata delle relative funzioni;</li> <li>• Corretto utilizzo delle funzioni di messa a fuoco micrometrica e di magnificazione;</li> <li>• Descrizione dei principali componenti / accessori e preparazione all'utilizzo;</li> <li>• Descrizione del funzionamento dei software e preparazione all'utilizzo;</li> <li>• Procedura di bilanciamento dello strumento</li> <li>• Presentazione del manuale d'Uso</li> </ul>

**NOMINATIVI DEI PARTECIPANTI AL CORSO**

Data	Ora	Nome e Cognome	Firma
8.11.23	15	DAVIELE DONDOSSEN	
8.11.23	15	MICHELE BATTISTO	
8.11.23	15	STEFANO GATTI	

<b>Firma del Cliente</b>	<b>Firma Formatore</b>
Nome e Cognome	Nome e Cognome AIELLO GIUSEPPE – IRGEN SRL
Firma	Firma
Data 25/11/23	Data 08-11-23

## CONFIGURAZIONE

I due microscopi operatori, modello OPMI PROergo S7 rif.000000-2234-657, dovranno essere forniti nella configurazione seguente:

- Corpo ottico OPMI PROergo, con zoom e messa a fuoco motorizzati, impugnature multifunzionali, freni elettromagnetici sui 3 assi di rotazione, copertura antipolvere;
- Sistema integrato di illuminazione a lampada Xenon 180W per stativo S7, con lampada 180W Xenon di backup e occhiali anti UV;
- Tubo binoculare Foldable pieghevole ed estensibile f170/f260, con dispositivo PROmag che consente di aumentare la magnificazione del 50% e ghiera ruotabile incorporata;
- Coppia di oculari grandangolari asferici 12,5X ad innesto magnetico;
- Contenitore monouso per il trasporto di microscopio su stativo S7 a pavimento;
- OPMI PROergo su Stativo S7 mobile a pavimento 003900-0006-108;
- Videocamera integrata 1-chip Full HD per OPMI PROergo, comprensiva di cavo video DVI-D maschio-maschio 5m;
- Videoregistratore Sony HVO-500MD Full HD, comprensivo di cavo DVI 2m, cavo per connessione AUX;
- Monitor esterno SONY 21"
- Coosservatore stereoscopico contrapposto comprensivo di ponte stereo, tubo binoculare Foldable pieghevole ed estensibile f170/f260 e oculari;

## CONDIZIONI DI FORNITURA

Nell'ambito della fornitura si richiede inoltre:

- Monitor esterno 50" completo di cablaggio interno alla struttura dei locali tramite canaline per visualizzare le immagini in area esterna all'ambiente operatorio e consentire la didattica;
- Aggiornamento, Revisione e Pulizia delle ottiche dei nr.3 microscopi operatori in uso Zeiss OPMI S/N 30 32 94-9902 (inv. 23403), S/N 124210 (inv. 69269) e S/N 182304 (inv. 099552).

Al fine di consentire gli operatori economici di formulare la migliore offerta possibile, i fornitori potranno richiedere un sopralluogo in reparto ed eventualmente la valutazione dei microscopi da revisionare.

Ulteriori indicazioni da includere nell'offerta/fornitura:

- Corso di formazione/informazione/addestramento per il personale utilizzatore (indicare n. di giornate);
- Trasporto, installazione e collaudo;
- doppia copia di manuale d'uso in lingua italiana (una copia in formato elettronico, una in forma cartacea);
- proposta tecnica ed economica di contratto di manutenzione full risk per i successivi 36 mesi dalla scadenza della garanzia.

Dovrà essere fornito tutto quanto necessario per l'immediato utilizzo della strumentazione ad esclusione del materiale di consumo.

---

---

---

—

—

—





Distribution:  
1. Attachment to your Service Report

# System Check Out Protocol

OPMI Sensera, PROergo, Movena, Movena Dental, S7

APPL. N/A

- |                                     |                                     |                                       |   |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <b>Installation</b>                   | → Fill out chapter 1, 3, 4 and use either the Mobile X Customer perfect order application or the "Installation and Acceptance Report" |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Preventive Maintenance</b>         | → Fill out chapter 2, 3 and 4   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Corrective Maintenance</b>         | → Fill out chapter 2, 3 and 4   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Safety Check</b>                   | → Fill out chapter 3 and 4  |
|                                     |                                     | or                                    | or  |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Safety Check with local report</b> | → Fill out local Check List   |
| <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Further documents attached</b>     |   |

(The electrical safety test must be carried out in accordance with applicable local regulations and directives.)

<b>System Serial Number:</b>	<u>6628189108</u>	<b>Software Version:</b>	<u>na</u>
		<b>Build Number:</b>	<u>na</u>

**Note:** Any section has to be filled in by marking "NA"(not applicable) or "OK" / "Not OK". If you have to mark any check box "not OK", please explain in "Comments".

## Chapter 1

Follow SM-30-0032-A02

Product accessories used	Type	Serial number
303771-9020-000	Tubo Foldable	40000265

Basic:	N/A	OK	Not OK
OPMI Sensera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPMI PROergo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPMI Movena	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPMI Movena Dental	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optional:	Serial Number
S7 Ceiling mount	
S7 Floor stand	6628189108
Inverter Tube	na

Function test: Check...	N/A	OK	Not OK
the optical Image over complete zoom range	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zoom and focus movement over complete range	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XY movement over complete range/centering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handgrip functions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
if field of view is illuming homogeneously	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retina protection	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
if system is undamaged, clean and in good condition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Function test: Check...</b>	<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
the tilt function of OPMI head	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the DOF function	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the eyepieces +/- setting	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the bine tube for distance/movement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Optional: Check...</b>	<b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
movement left/right/tilt and fixation		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
the optical image in all possible steps		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the focusing function		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resight		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mounted correctly		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
image		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Chapter 2

<b>Each year</b>	<b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Check if the system is undamaged, clean and in good condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if all manuals and identification labels are available, undamaged, complete and legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if the complete mechanical structure including all joints / bearings / moving parts / etc. is free of play and undamaged	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if the additional parts and accessories are attached properly and without play	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the function of the XY coupling (movement over full range/ XYZ reset / calibration...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the motorized and manual tilt function of the OPMI head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the Resight function (vision / focus / in – out / selftest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the Invertertube function (flip)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if mounted accessories / eyecups and Asepsis caps are complete and in good condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Every 2<sup>nd</sup> year</b>	<b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Check if there are any signs of crack formation or wear on the supporting structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if there are any noticeable cracks, signs of wear or damage on connecting elements, suspensions and couplings and the mount of the compensating weights	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the camera head for function / adjustment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Product accessories used</b>	<b>Type</b>	<b>Serial number</b>

## Chapter 3

- Reference "Installation and Acceptance Report"
- In addition follow your national regulations and if applicable all national standards!

	CZ Service	Customer*
The Safety test according to EN/IEC 62353 is performed by:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* In case the customer is responsible, no further action is required from FSE, but it is mandatory to add this information to your service report.

Visual inspection (EN/IEC 62353)	N/A	OK	Not OK
-------------------------------------	-----	----	--------

- All marking, labels and labeling are present, complete and legible
- All protective earth connections and power cords are undamaged
- All externally accessible fuses comply with the manufacturer's specification
- The mechanical parts are undamaged
- No damage or contamination that may impair safety is present
- The associated accessories are tested together with the ME equipment /ME system
- All accompanying system documentation is present, complete and up to date

--

Protective earth impedance (EN/IEC 62353) (Class I)	Max. reading	N/A	OK	Not OK
ME equipment / system with power connector (e.g. cold condition connector) and detachable power cord	$\leq 0.3 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME equipment / system with non-detachable power cord	$\leq 0.3 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanently installed ME equipment/system (e.g. ceiling mount)	$\leq 0.3 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME system with multiple connector (e.g. table & equipment)	$\leq 0.5 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detachable power cords only	$\leq 0.1 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Insulation resistance (optional)</b> (EN/IEC 62353)		<b>Reading</b>	<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Measurement at 500 VDC	$\geq 2 \text{ M}\Omega$	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leakage current</b> (EN/IEC 62353)		<b>Max. reading</b>	<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
<b>Equipment leakage current</b>					
Differential measurement:	Class I max. <b>500 <math>\mu\text{A}</math></b> Class II max. <b>100 <math>\mu\text{A}</math></b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direct measurement:	Class I max. <b>500 <math>\mu\text{A}</math></b> Class II max. <b>100 <math>\mu\text{A}</math></b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equivalent leakage current:	Class I max. <b>1000 <math>\mu\text{A}</math></b> Class II max. <b>500 <math>\mu\text{A}</math></b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leakage current of applied parts (BF type only)</b>					
Direct measurement:	max. <b>5000 <math>\mu\text{A}</math></b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Function test</b> (EN/IEC 62353)			<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Function test according to SM-30-8005-116 section 9.5 incl. safety and warning functions			--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Further tested functions/parameters:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Chapter 4

Test equipment used	Type	Serial number	Calibration valid until
Safety tester as per EN 62353 or VDE 0751 or EN 60601			
<b>Accessories used</b>	<b>Type</b>	<b>Serial number</b>	<b>Calibration valid until</b>

Further annexes / reports relating to the test?

Yes

No

Which:

**Additional tested equipment**

**Type**

**Serial number**

**Result**

Accessories:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Rating:**

- No safety or functional deficiencies were detected; functional tests successfully completed
- No direct risk; the detected deficiencies can be quickly corrected (see service report)
- Substantial safety deficiencies. ME equipment/system must not be operated!

Next repeat check is due in  6  12  24  36 months or not later than 08/11/2023  
(mark as applicable)

Comments

Date 2023-11-08

Tested by Agostino Monteverde

Signature

Monteverde Agostino  
ITAMONTE  
Firma digitale di Monteverde Agostino  
Data: 2023.10.13 15:24:01



**Tecnico di riferimento**

Nome: Agostino Monteverde

Dipl. Ing. Giuseppe Aiello

IRGEN SRL

Viale Principe Eugenio 3

20155 MILANO MI

ITALIA

**Riferimento amministrativo**

Nome: Losani Curpen

Telefono

Fax:

Email: losani.curpen@zeiss.com

**Contatto cliente**

Nome: Giuseppe Aiello

Telefono +3903347364906

data: 08/11/2023

pagina: 1 di 2

## Rapporto di servizio

**Riferimento esterno:** 59.2023 B del 21/07/2023**Numero ordine di servizio:** 8582742949 / 10**Tipo di servizio:** Installation**Data chiusura intervento:** 08/11/2023**Problema segnalato:****Soluzione:**

Installazione e controllo funzionale del microscopio come da protocollo.

Verifiche di sicurezza elettriche effettuate dal global service.

Installazione della videocamera e cablaggio del cavo video all'interno del microscopio.

## Informazioni sul dispositivo

Strumento	Luogo d'installazione	Inventario cliente #	Numero di serie
OPMI PROergo	IRGEN SRL vie Certosa 271 20151 MILANO MI ITALIA		6628189109

Carl Zeiss S.p.A. con socio unico  
Sede Legale e Operativa  
Via Varesina, 162  
20156 Milano  
Telefono: 02 93773.1  
Telefax: 800.632.820  
E-mail: cic.it@zeiss.com  
Internet: www.zeiss.it

Filiale di Novara  
Centro accreditato  
ACCREDIA LAT n° 177  
Via Fleming, 1  
Filiale di Reggio Emilia  
Via Di Vittorio, 14  
Filiale di Rovereto  
Via F. Zeni, 8

Capitale € 4.000.000,00 i.v.  
Registro Imprese Milano n. 00721920155  
Codice fiscale / P.IVA n. 00721920155  
C.C.I.A.A. Milano: Numero REA 373641

Certificazione UNI EN ISO 9001:2008  
Iscr. Reg. AEE n° IT0802000000627

Deutsche Bank S.p.A. Sede di Milano  
IBAN: IT910031040160000000033869  
SWIFT (BIC) CODE: DEUTITMMIL  
Unicredit Banca S.p.A. Fil. Monza  
IBAN: IT6650200820411000102078313  
BIC: UNCRITMMQLO  
Codice destinatario fatturazione elettronica:  
UCN410G

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Carl Zeiss Betteiligungs GmbH



Numero ordine: 8582742949 / 10  
data: 08/11/2023  
pagina: 2 di 2

## Tempi di lavoro e di viaggio

Tipo di servizio	data	da	fino	Quantità
Ore Lavoro cat. 1	08/11/2023	12:30	15:30	3 HR
Ore Viaggio cat. 1	08/11/2023	16:30	17:30	1 HR

Ringraziando per la fiducia accordataci, rimaniamo a disposizione ai contatti sopra indicati.

08/11/2023

.....  
Data

.....  
Firma Service Engineer ZEISS ( Agostino Monteverde )

08/11/2023

.....  
Data

.....  
Firma del Cliente ( Stefano Gatti )

Destinatario/Fatturazione  
GEN SRL  
ale Principe Eugenio 3  
1155 MILANO MI  
ALIEN

185603

Luogo di consegna

oliclinico Maggiore c/o  
ENTRO RIC.PRECL.,  
TABULARIO  
A PACE 9  
ilano



Carl Zeiss S.p.A. con socio unico  
Sede Legale e commerciale:  
Via Varesina, 162 - 20156 Milano  
Tel.: 02 937.731  
info.it@zeiss.com - www.zeiss.it

Magazzino:  
Via Blandrate, 60 - 28100 Novara  
Tel.: 0321 183.50.23 - 164.53.48

C.F. e P. IVA 00721920155  
C.C.I.A.A. Milano n° 373641  
Trib. MI n° 62832-1951-1585

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento  
di Carl Zeiss Beteiligungs GmbH

RIF.NS.ORD 1122270617 del 22.08.2023

RIF.NS.DDT 5830226971 del 20.10.2023

RIF.CLIENTE 59.2023 B 21.07.2023

## Documento di garanzia

Quantità	Descrizione	Codice del prodotto	Matricola
1	<b>PROergo ADV</b>  Alla posizione appartengono le sottoposizioni	000000-2234-657	<b>6628189109</b>
1	<b>OPMI PROergo, configured</b>	000000-2234-808	
1	<b>Dustcover Blue</b>	000000-1055-278	
1	<b>Labelling set</b>	000000-1309-927	
1	<b>Protective eyewear, Uvex 9183.045</b>	000000-2228-996	
1	<b>Foldable tube f170/f260</b>	303771-9020-000	
2	<b>12.5x eyepiece, asph.</b>	305543-9901-000	<b>40000261</b>
1	<b>Power Cord VII-H05VV-F3G1.5-C13M/6.0m bk</b>	000000-0301-997	
1	<b>G-30-1435 OPMI Pro Ergo(Dental) on Bs S7</b>	000000-1180-717	

### Condizioni di garanzia

- 1) In data odierna è stato effettuato il collaudo dell'apparecchiatura sopra descritta. Il materiale fornito è conforme alle caratteristiche contrattuali e la verifica di funzionalità ha dato esito favorevole.
- 2) La garanzia decorre dalla data odierna ed è valevole per un periodo di mesi **24** come risulta dai termini contrattuali.
- 3) In caso di intervento tecnico durante il periodo di garanzia, sarà facoltà del fornitore eseguire l'intervento sul luogo dell'installazione oppure richiedere l'invio dello strumento o parte di esso per la riparazione presso il proprio servizio assistenza.
- 4) Foro competente, in via esclusiva, per ogni controversia: Milano.

Per l'acquirente  
rappresentato da

(Timbro e Firma)

Fatto a **Milano** il **08/11/2023**

Consegnato a mano a **Gatti Stefano**

Firma fornitrice  
rappresentata da





Distribution:  
1. Attachment to your Service Report

# System Check Out Protocol

## OPMI Sensera, PROergo, Movena, Movena Dental, S7

APPL.	N/A		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Installation</b>	→ Fill out chapter 1, 3, 4 and use either the Mobile X Customer perfect order application or the "Installation and Acceptance Report"
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Preventive Maintenance</b>	→ Fill out chapter 2, 3 and 4
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Corrective Maintenance</b>	→ Fill out chapter 2, 3 and 4
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Safety Check</b>	→ Fill out chapter 3 and 4
		or	or
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Safety Check with local report</b>	→ Fill out local Check List
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Further documents attached</b>	

(The electrical safety test must be carried out in accordance with applicable local regulations and directives.)

<b>System Serial Number:</b>	<b>Software Version:</b>	<u>na</u>
<u>6628189109</u>	<b>Build Number:</b>	<u>na</u>

**Note:** Any section has to be filled in by marking "NA"(not applicable) or "OK" / "Not OK". If you have to mark any check box "not OK", please explain in "Comments".

## Chapter 1

Follow SM-30-0032-A02

Product accessories used	Type	Serial number
303771-9020-000	Tubo Foldable	40000261

Basic:	N/A	OK	Not OK
OPMI Sensera	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPMI PROergo	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPMI Movena	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPMI Movena Dental	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Optional:	Serial Number
S7 Ceiling mount	
S7 Floor stand	6628189109
Inverter Tube	na

Function test: Check...	N/A	OK	Not OK
the optical Image over complete zoom range	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zoom and focus movement over complete range	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XY movement over complete range/centering	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
handgrip functions	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
if field of view is illuming homogeneously	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
retina protection	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
if system is undamaged, clean and in good condition	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Function test: Check...</b>	<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
the tilt function of OPMI head	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the DOF function	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the eyepieces +/- setting	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the bine tube for distance/movement	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Optional: Check...</b>	<b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
movement left/right/tilt and fixation		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
the optical image in all possible steps		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
the focusing function		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
resight		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
mounted correctly		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
image		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Chapter 2

<b>Each year</b>	<b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Check if the system is undamaged, clean and in good condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if all manuals and identification labels are available, undamaged, complete and legible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if the complete mechanical structure including all joints / bearings / moving parts / etc. is free of play and undamaged	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if the additional parts and accessories are attached properly and without play	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the function of the XY coupling (movement over full range/ XYZ reset / calibration...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the motorized and manual tilt function of the OPMI head	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the Resight function (vision / focus / in – out / selftest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the Invertertube function (flip)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if mounted accessories / eyecups and Asepsis caps are complete and in good condition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Every 2<sup>nd</sup> year</b>	<b>N/A</b> <input type="checkbox"/>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Check if there are any signs of crack formation or wear on the supporting structure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check if there are any noticeable cracks, signs of wear or damage on connecting elements, suspensions and couplings and the mount of the compensating weights	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Check the camera head for function / adjustment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Product accessories used</b>	<b>Type</b>	<b>Serial number</b>



## Chapter 3

- Reference "Installation and Acceptance Report"
- In addition follow your national regulations and if applicable all national standards!

	CZ Service	Customer*
<b>The Safety test according to EN/IEC 62353 is performed by:</b>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

\* In case the customer is responsible, no further action is required from FSE, but it is mandatory to add this information to your service report.

Visual inspection (EN/IEC 62353)	N/A	OK	Not OK
-------------------------------------	-----	----	--------

- All marking, labels and labeling are present, complete and legible
- All protective earth connections and power cords are undamaged
- All externally accessible fuses comply with the manufacturer's specification
- The mechanical parts are undamaged
- No damage or contamination that may impair safety is present
- The associated accessories are tested together with the ME equipment /ME system
- All accompanying system documentation is present, complete and up to date

-

Protective earth impedance (EN/IEC 62353) (Class I)	Max. reading	N/A	OK	Not OK
ME equipment / system with power connector (e.g. cold condition connector) and detachable power cord	$\leq 0.3 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME equipment / system with non-detachable power cord	$\leq 0.3 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Permanently installed ME equipment/system (e.g. ceiling mount)	$\leq 0.3 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME system with multiple connector (e.g. table & equipment)	$\leq 0.5 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detachables power cords only	$\leq 0.1 \Omega$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Insulation resistance (optional)</b> (EN/IEC 62353)		<b>Reading</b>	<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Measurement at 500 VDC	<b>≥ 2 MΩ</b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leakage current</b> (EN/IEC 62353)		<b>Max. reading</b>	<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
<b>Equipment leakage current</b>					
Differential measurement:	Class I max. <b>500 μA</b> Class II max. <b>100 μA</b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direct measurement:	Class I max. <b>500 μA</b> Class II max. <b>100 μA</b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equivalent leakage current:	Class I max. <b>1000 μA</b> Class II max. <b>500 μA</b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Leakage current of applied parts (BF type only)</b>					
Direct measurement:	max. <b>5000 μA</b>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Function test</b> (EN/IEC 62353)			<b>N/A</b>	<b>OK</b>	<b>Not OK</b>
Function test according to SM-30-8005-116 section 9.5 incl. safety and warning functions			--	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Further tested functions/parameters:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Chapter 4

Test equipment used	Type	Serial number	Calibration valid until
Safety tester as per EN 62353 or VDE 0751 or EN 60601			

Accessories used	Type	Serial number	Calibration valid until

Further annexes / reports relating to the test?

Yes

No

Which:

Additional tested equipment	Type	Serial number	Result
Accessories:	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

Rating:

- No safety or functional deficiencies were detected; functional tests successfully completed
- No direct risk; the detected deficiencies can be quickly corrected (see service report)
- Substantial safety deficiencies. ME equipment/system must not be operated!

Next repeat check is due in  6  12  24  36 months or not later than 08/11/2023  
(mark as applicable)

Comments

Date 2023-11-08 Tested by Agostino Monteverde Signature Monteverde Agostino  
ITAMONTE Firma digitale di Monteverde Agostino ITAMONTE Data: 2023.11.08 17:59:46 0107