

Alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica e HTA

Ing. _____

VALUTAZIONE CLINICO-SCIENTIFICA DELLA RICHIESTA DI ACQUISTO

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: _____

U.O. RICHIEDENTE: _____

PIANIFICAZIONE TRIENNALE

POTENZIAMENTO E/O IN URGENZA

SEDE DI ASSEGNAZIONE: _____

1- RELAZIONE SANITARIA INDICANTE LE MOTIVAZIONI PER LE QUALI SI AUTORIZZA O MENO L'ACQUISTO:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2- RISULTATI DELLA RICERCA BIGLIOGRAFICA:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

RILASCIO PARERE AUTORIZZAZIONE ALL'ACQUISTO

Rispetto alla richiesta della U.O. _____, relativa all'acquisizione dell'apparecchiatura elettromedicale, riportata in allegato, si esprime parere:

- FAVOREVOLE
- NON FAVOREVOLE

INDICANDO IL SEGUENTE GRADO DI PRIORITA'

- URGENTE
- PROGRAMMABILE
- DIFFERIBILE

Data/...../.....

DIPARTIMENTO/DISTRETTO/ D.M.O.: _____

Nome e cognome
(in stampatello)

Firma del Direttore del Dipartimento/Distretto/D.M.O.
(leggibile con timbro)

N.B.: Il presente modulo va compilato dal Direttore del Dipartimento/D.M.O. Distretto e trasmesso alla U.O.S.D. Ingegneria Biomedica Clinica HTA, allegando la richiesta del Direttore/Dirigente/Responsabile U.O.